Rapport annuel de gestion 2010

CENTRE RÉGIONAL
DE SANTÉ ET DE
SERVICES SOCIAUX
DE LA BAIE-JAMES

Rapport annuel de gestion 2019

CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES

LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION DU CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES EST LE RÉSULTAT D'UN TRAVAIL COLLECTIF ET DE LA COLLABORATION DE L'ENSEMBLE DES DIRECTIONS DE L'ORGANISATION.

DIRECTION
Diane Laboissonnière, présidente-directrice générale

COORDINATION
Claudine Jacques, conseillère cadre à la direction générale

RÉVISION LINGUISTIQUE ET SECRÉTARIAT
Christiane Quessy, agente administrative

COMITÉ DE LECTURE
Julie Pelletier, conseillère en communication
Céline Proulx, technicienne en communication

CONCEPTION GRAPHIQUE
Imprimerie Nord graphique

PHOTO PAGE COUVERTURE
Manon Laporte

Ce document a été produit par la Direction générale
Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James (CRSSS de la Baie-James)

Adopté par le conseil d'administration
du CRSSS de la Baie-James le 6 septembre 2011

Dans ce document, le générique est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte. Il désigne autant les hommes que les femmes lorsque le sens le justifie.

MOT DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE

Un cycle de gestion qui prend fin...

L'année 2010-2011 couronne un cycle de gestion important au sein du CRSSS de la Baie-James. En effet, on ne peut passer sous silence l'annonce du départ de la présidente-directrice générale, madame Diane Laboissonnière qui a œuvré à ce titre depuis l'automne 2005 jusqu'à tout récemment. L'année qui se termine marque sa 35e année de service au sein de l'établissement. Son apport est sans conteste et c'est avec beaucoup de fierté et de reconnaissance que nous présentons ce rapport annuel de gestion, le dernier sous sa gouverne.

Durant cette même période, un autre cycle de gestion a pris fin : soit les ententes de gestion et d'imputabilité par rapport aux priorités ministérielles 2005-2010. Le CRSSS de la Baie-James tire un bilan quinquennal positif de ses engagements. Les fiches de reddition de compte témoignent des résultats atteints et des efforts qui y ont été consentis durant la dernière année.

Un autre qui commence...

En lien avec les orientations ministérielles, notons, l'approbation du Plan stratégique 2010-2015 du CRSSS de la Baie-James par le ministre, avec l'ajout d'un *addenda*, lequel contient les cibles d'accès, de continuité, de qualité et de performance à atteindre d'ici les cinq prochaines années. Les ententes de gestion et d'imputabilité qui en découleront marquent ce nouveau cycle de gestion.

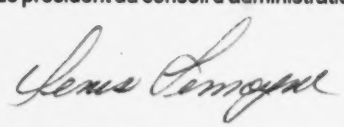
Pour rendre compte de nos efforts, ce rapport annuel de gestion présente les principales activités réalisées et l'atteinte des résultats pour l'année 2010-2011 selon les enjeux et objectifs convenus au plan stratégique. Pour chacune des activités, des indicateurs ont été introduits dans ce rapport afin de présenter les principaux faits saillants selon une approche de gestion par résultat.

Des efforts en continu

La mobilisation du personnel et de ses collaborateurs se traduit par la contribution quotidienne à l'amélioration de la santé et du bien-être des Jamésiens. Tout comme l'organisation reconnaît que pour avoir une population en santé, on doit y retrouver des communautés en santé, de même, le CRSSS de la Baie-James concourt à une organisation en santé pour des employés en santé. À cela, s'ajoute la recherche en continu de la qualité et de la performance pour des soins et des services dispensés dans un territoire aussi vaste qu'est le Nord-du-Québec.

Enfin, nous vous invitons à prendre connaissance de ce rapport annuel de gestion qui permet d'apprécier la portée des activités impliquant l'ensemble des directions qui composent notre établissement.

Le président du conseil d'administration,



Denis Lemoyne

La présidente-directrice générale,

Nathalie Boisvert

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion et d'activités relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de soutenir la présente déclaration. De plus, je me suis assurée que des travaux ont été réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, et spécifiquement au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, l'information présentée dans le Rapport annuel de gestion et d'activités 2010-2011 du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James ainsi que les contrôles afférents sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2011.

La présidente-directrice générale[1],

Diane Laboissonnière

[1] Madame Diane Laboissonnière a été en fonction jusqu'au 26 août 2011 à titre de présidente-directrice générale, elle atteste donc de la fiabilité des données couvrant l'année financière 2010-2011 pour laquelle ce rapport de gestion est présenté.

RAPPORT DE LA DIRECTION

Les états financiers du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James ont été dressés par la direction, qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées et qui respectent les normes comptables canadiennes pour le secteur public et les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère comme nécessaire en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

Le CRSSS de la Baie-James, dans son volet agence, reconnaît qu'il est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui le régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

La firme *Raymond Chabot Grant Thornton* a procédé à l'audit des états financiers du CRSSS de la Baie-James, conformément aux normes d'audit généralement reconnues au Canada, et son rapport de l'auditeur expose l'étendue et la nature de cet audit et l'expression de son opinion. La firme *Raymond Chabot Grant Thornton* peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

La présidente-directrice générale[2],

Diane Laboissonnière

Le directeur des ressources humaines
et du soutien à l'organisation,

Jean-Pierre Savary

[2] Madame Diane Laboissonnière a été en fonction jusqu'au 26 août 2011 à titre de présidente-directrice générale, elle atteste donc de la fiabilité des données couvrant l'année financière 2010-2011 pour laquelle ce rapport de gestion est présenté.

TABLE DES MATIÈRES

MOT DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE III
DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES V
LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX IX
LISTE DES ACRONYMES XI

LA PRÉSENTATION DE L'ORGANISATION, DU TERRITOIRE ET DE SA POPULATION 1

L'organisation 3
Le territoire 4
La population 5
Profil sociodémographique 5
Profil sociosanitaire 6
Contexte géopolitique 7

LE RÉSEAU JAMÉSIEN DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX 9

Notre mission, notre vision et nos valeurs 11
La structure au 31 mars 2011 13
L'organigramme au 31 mars 2011 15
Le conseil d'administration et ses comités consultatifs 17
Liste des administrateurs au 31 mars 2011 19
Conseil des infirmiers et infirmières 21
Conseil multidisciplinaire 21
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens 21
Comité des usagers 21
Les effectifs au CRSSS de la Baie-James 23
Les effectifs médicaux 29

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS 33

Enjeu transversal – La pérennité du réseau jamésien de santé et de services sociaux 37
Enjeu 1 – L'action concertée sur les déterminants de la santé et du bien-être 41
Enjeu 2 – La primauté des services de première ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services 45
Enjeu 3 – L'adaptation des services de santé et des services sociaux aux besoins d'une population vieillissante 61
Enjeu 4 – La qualité des services et l'innovation 67
Enjeu 5 – L'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines 75
Enjeu 6 – Une gestion décentralisée et une gouvernance imputable 81
Enjeu 7 – Le soutien aux organismes communautaires 87

LA SITUATION FINANCIÈRE 91

La situation financière : Les états financiers 93
Rapport et commentaires des vérificateurs externes 95
Notes aux états financiers - audités 101
États des résultats – activités principales et accessoires pour l'exercice se terminant au 31 mars 2011 109
Bilan du fonds d'exploitation pour l'exercice se terminant au 31 mars 2011 111
Bilan du fonds d'immobilisation pour l'exercice se terminant au 31 mars 2011 113
Allocations des ressources aux organismes communautaires 115

La situation financière : Les immobilisations et les équipements de technologie médicale 117
Projets de rénovations fonctionnelles mineures 119
Plan triennal immobilier : maintien des actifs 121
Acquisitions en immobilisations et équipements 123

BILAN DE SUIVI DE GESTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 125

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS 151

RAPPORT DE L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES 163

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 Carte géographique de la région sociosanitaire du Nord-du-Québec
FIGURE 2 Évolution des subventions versées aux organismes communautaires

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 Effectifs au 31 mars 2011 et années antérieures
TABLEAU 2 Effectifs au 31 mars 2011 par catégorie d'emplois
TABLEAU 3 Dépenses de recherche et d'embauche de candidats en 2009-2010 et 2010-2011
TABLEAU 4 Investissements en formation au CRSSS de la Baie-James pour les cinq dernières années
TABLEAU 5 Coûts reliés à l'assurance-salaire
TABLEAU 6 Effectifs en omnipratique, à titre de membres du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
TABLEAU 7 Effectifs en médecine spécialisée (Chibougamau)
TABLEAU 8 État des résultats – Activités principales (au 31 mars 2011)
TABLEAU 9 État des résultats – Activités accessoires (au 31 mars 2011)
TABLEAU 10 Bilan du fonds d'exploitation (au 31 mars 2011)
TABLEAU 11 Bilan du fonds d'immobilisation (au 31 mars 2011)
TABLEAU 12 Provenance des sommes allouées aux organismes communautaires en 2010-2011
TABLEAU 13 Projets de rénovation fonctionnelle mineure
TABLEAU 14 Projets réalisés – Maintien des actifs en 2010-2011
TABLEAU 15 Acquisition en immobilisations et en équipements en 2010-2011
TABLEAU 16 Principales acquisitions d'équipements médicaux spécialisés en 2010-2011

LISTE DES ACRONYMES

ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
CHQ	Corporation d'hébergement du Québec
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CJ	Centre jeunesse
CLSC	Centre local de services communautaires
CM	Conseil multidisciplinaire
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CPE	Centre de la petite enfance
CR	Centre de réadaptation
CRSSS	Centre régional de santé et de services sociaux
CS	Centre de santé
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DAMSSP	Direction des affaires médicales, sociales et des services professionnels
DCI	Dossier clinique informatisé ou informatique
DI	Déficience intellectuelle
DP	Déficience physique
DRHSO	Direction des ressources humaines et du soutien à l'organisation
DSC	Direction des services à la clientèle
DSIP	Direction des soins infirmiers et des programmes
DSP	Direction de santé publique
ÉIJ	Équipe d'intervention jeunesse
ERV	Entérocoque résistant à la vancomycine
ETC	Équivalent à temps complet
GMF	Groupe de médecine de famille
IAB	Initiative amis des bébés
JED	Jeunes en difficulté
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OBNL	Organisme à but non lucratif
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
PCP	Pratiques cliniques préventives
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PRAAC	Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité
PSI	Plan de services individualisé
PSII	Plan de services individualisé et intersectoriel

PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
RI	Ressource intermédiaire
RRSSS	Régie régionale de la santé et des services sociaux
RSIPA	Réseau de services intégrés pour les personnes âgées
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SAD	Soutien à domicile
SCFP	Syndicat canadien de la fonction publique
SIISNEQ	Syndicat des intervenantes et intervenants de la santé du Nord-Est québécois
SIMASS	Système d'information sur le mécanisme d'accès aux services spécialisés
SST	Santé et sécurité au travail
STIM	Services techniques et installations matérielles
TAP	Technicien ambulancier paramédic
TED	Troubles envahissants du développement
TROC-10	Table régionale des organismes communautaires du Nord-du-Québec

LA PRÉSENTATION DE L'ORGANISATION, DU TERRITOIRE ET DE LA POPULATION

PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
RI	Ressource intermédiaire
RRSSS	Régie régionale de la santé et des services sociaux
RSIPA	Réseau de services intégrés pour les personnes âgées
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SAD	Soutien à domicile
SCFP	Syndicat canadien de la fonction publique
SIISNEQ	Syndicat des intervenantes et intervenants de la santé du Nord-Est québécois
SIMASS	Système d'information sur le mécanisme d'accès aux services spécialisés
SST	Santé et sécurité au travail
STIM	Services techniques et installations matérielles
TAP	Technicien ambulancier paramédic
TED	Troubles envahissants du développement
TROC-10	Table régionale des organismes communautaires du Nord-du-Québec

LA PRÉSENTATION DE L'ORGANISATION, DU TERRITOIRE ET DE LA POPULATION

LA PRÉSENTATION DE L'ORGANISATION, DU TERRITOIRE ET DE LA POPULATION

L'ORGANISATION

Le CRSSS de la Baie-James est issu de la fusion de cinq établissements de santé de la région sociosanitaire du Nord-du-Québec, fusion qui s'est opérée en 1996. De plus, en 1999, ce nouvel établissement a aussi intégré la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nord-du-Québec, devenant ainsi le seul établissement du Québec à comprendre dans sa mission globale des responsabilités d'agence de la santé et des services sociaux (ASSS).

Le CRSSS de la Baie-James est donc l'unique établissement basé dans la région et offrant des services de santé et des services sociaux à la population de la région sociosanitaire du Nord-du-Québec (région 10). On retrouve, au sein de l'établissement, les missions de :

- ASSS (art. 530.45 et 340 à 396);
- Centre local de services communautaires (CLSC) (art. 80);
- Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (art. 81 et 85);
- Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) (art. 83);
- Centre de réadaptation (CR) externe, pour personnes souffrant de déficience intellectuelle (DI) ou d'un trouble envahissant du développement (TED), pour personnes alcooliques et autres personnes toxicomanes (art. 84 et 86).

Le CRSSS de la Baie-James compte une installation physique dans chacune de ses communautés :

Le secteur est de la région regroupe les centres de santé (CS) suivants :

- Chapais — CS René-Ricard
- Chibougamau — CS de Chibougamau

Le secteur ouest de la région regroupe les CS suivants :

- Lebel-sur-Quévillon — CS Lebel
- Matagami — CS Isle-Dieu
- Radisson — CS de Radisson

Le CRSSS de la Baie-James dessert les localités de Valcanton et Villebois en ce qui concerne le financement des soins, des services et des organismes communautaires. Les volets de prévention et de promotion de la santé et l'offre de service sont assurés par entente de service avec le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) des Aurores Boréales de La Sarre. Une infirmière de milieu et une intervenante sociale œuvrent dans ces localités depuis 2004. Finalement, le Centre administratif, basé à Chibougamau complète l'organisation du CRSSS de la Baie-James.

La mission des centres jeunesse (CJ) est endossée historiquement par les régions du Saguenay – Lac-Saint-Jean, région 02, pour le secteur est, et celle de l'Abitibi-Témiscamingue, région 08, pour le secteur ouest, par ententes de service dûment négociées et signées avec les deux régions.

Tel qu'il est prévu dans la LSSSS, notre établissement peut signer une entente avec une ASSS en ce qui a trait à l'exercice du mandat légal confié à une direction de santé publique (DSP). Cette entente est signée avec l'ASSS des Laurentides, région 15, depuis 1997. C'est le directeur de santé publique de cette agence qui est responsable de cette direction, incluant les mandats de l'équipe de notre établissement, et de ses activités pour notre région.

Il est important de mentionner l'organisation particulière du secteur de la santé au travail dans notre région, assumée par deux directions de santé publique différentes. Ainsi, historiquement, la DSP du Saguenay-Lac-Saint-Jean, assure les services pour les villes de Chapais et Chibougamau, tandis que celles de Lebel-sur-Quévillon et Matagami sont couvertes par la DSP de l'Abitibi-Témiscamingue. Toutefois, des travaux sont menés par notre directrice de santé publique, afin de clarifier la responsabilité de ce secteur d'activité, son organisation et sa structure pour la partie ouest de notre région, qui devra inclure les localités de Radisson, de Villebois et de Valcanton.

Depuis 2007, notre établissement fait partie de deux territoires du réseau universitaire intégré de santé (RUIS) :

-
- Chapais et Chibougamau par le RUIS-Laval (Québec);
- Lebel-sur-Quévillon, Matagami, Radisson par le RUIS-McGill (Montréal);
  La population crie est desservie, par le RUIS-McGill (Montréal).

Le CRSSS de la Baie-James emploie, dans ses cinq centres locaux de service et au Centre administratif, 614 employés. En 2010-2011, sa masse salariale s'établissait à 37 947 887 $.

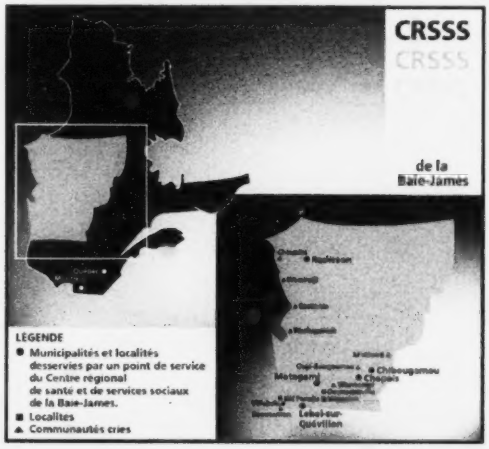
LE TERRITOIRE

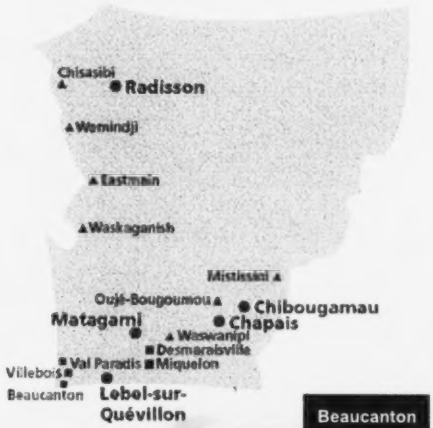
Le territoire, celui de la Baie-James, est immense avec une superficie totale de 350 000 km^2. Les Jamésiens sont regroupés principalement dans les municipalités de Chapais, Chibougamau, Lebel-sur-Quévillon et Matagami. La cinquième, la Municipalité de Baie-James, inclut les localités de Radisson, Valcanton et Villebois. Les distances à parcourir sont très grandes, les communautés sont éloignées les unes des autres et la région est aussi éloignée et isolée des centres urbains.

Les distances entre chaque localité, l'isolement et l'éloignement des grands centres ajoutent des éléments de complications dans l'organisation des services. On ne peut, par exemple, faire beaucoup de partages entre deux villes séparées par des centaines de kilomètres. Cette situation force le maintien des services de base et d'infrastructures dans des localités dont la population est restreinte. De plus, le déplacement des usagers pour les services spécialisés ou les cas d'urgence est une réalité inévitable qui entraîne des coûts que l'on ne retrouve pas nécessairement dans d'autres régions.

La carte ci-dessous illustre l'éloignement entre les villes et donne un aperçu des distances :

Figure 1 : Carte géographique de la région sociosanitaire du Nord-du-Québec





Distance en kilomètres

						Val-Paradis	Beaucanton
					Villebois	17	14
				Chibougamau	566	569	552
			Chapais	44	522	525	508
		L-S-Q*	214	262	308	311	294
	Matagami	349/113[1]	563	607	327	331	314
Radisson	625	977	1152	1235/792[2]	952	956	939

* Lebel-sur-Quévillon
[1] kilométrage via la route traditionnelle / kilométrage via R-1005 (route forestière)
[2] kilométrage via la route traditionnelle / kilométrage via la Route du Nord

Source : Société de développement de la Baie-James

Le découpage territorial de la région du Nord-du-Québec diffère lorsqu'il s'agit du réseau de la santé et des services sociaux. En effet, la région administrative du Nord-du-Québec, un territoire immense, englobe, au plan sociosanitaire, trois régions distinctes possédant chacune sa propre organisation de santé et de services sociaux et qui ensemble desservent la population de cette grande région administrative :

- Nord-du-Québec (10), CRSSS de la Baie-James (les Jamésiens) ;
- Nunavik (17), Régie régionale de la santé et des services sociaux (RRSSS) Kativik (les Inuits) ;
- Terres-cries-de-la-Baie-James (18), Conseil Cri de la santé et des services sociaux (CCSSS) de la Baie James (les Cris).

LA POPULATION

PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE

Précisons d'entrée de jeu que les proportions régionales, soit les pourcentages et les comparaisons avec le Québec, sont sujettes à de grandes variations en raison des petits nombres, ce qui incite à la prudence dans l'interprétation des données.

Malgré ses dimensions phénoménales, le territoire n'est que très peu densément peuplé. En effet, les données du dernier recensement de 2006 établissent à 14 871 personnes la population jamésienne, soit une baisse de 8,8 % depuis 2001. Lorsqu'on ajoute la population crie habitant le territoire, 14 131 personnes, ce nombre s'élève à 29 002 personnes. Si les Cris possèdent leur propre réseau de santé et de services sociaux, en pratique, nous dispensons des services aux autochtones, surtout pour certaines communautés du sud, situées à l'intérieur des terres : Mistissini, Oujé-Bougoumou et Waswanipi. Cette population s'élevait à 4 411 personnes en 2001 et à 4 976 en 2006. Fait intéressant : ces trois communautés ont enregistré une augmentation de leur population de 13,5 % entre 1996 et 2001 et de 12,8 % entre 2001 et 2006. Plus au nord, les habitants du village de Radisson sont dirigés régulièrement vers Chisasibi lors des visites de médecins spécialistes ou pour des examens radiologiques par exemple.

Nous constatons une baisse démographique continue sur notre territoire, malgré une économie cyclique : plus de 43 % en 25 ans, qui peut s'expliquer par la fin des travaux de la Baie-James, la fermeture de la base militaire (station radar) à Chibougamau, la fermeture de la localité de Joutel, la création des communautés autochtones hors de notre territoire, la fermeture des mines et des usines, l'exode de la population devenue inactive (soit en raison du chômage ou encore à la retraite), et les jeunes qui quittent la région pour poursuivre des études supérieures. Toutefois, certains reviennent.

En somme, les caractéristiques des Jamésiens sont assez homogènes. On y retrouve une population majoritairement francophone, plus jeune que la moyenne québécoise (bien qu'elle soit vieillissante), une proportion plus élevée d'hommes que de femmes, des personnes moins scolarisées qu'au Québec, mais actives économiquement et déclarant des revenus supérieurs à ceux du Québec. Les familles y sont nombreuses avec en majorité des couples ayant plus d'enfants que la moyenne nationale. Les proportions de familles monoparentales et de gens vivant seuls sont inférieures au Québec, malgré une légère augmentation de ces phénomènes.

Même si le bilan régional paraît plutôt favorable par rapport à celui de l'ensemble du Québec, l'analyse des caractéristiques des dernières années démontre une facette probablement un peu moins positive. En effet, le déclin observé au plan démographique — départ de la population, baisse de la natalité, hausse du taux de mortalité, projections démographiques à la baisse — semble coïncider avec certains ralentissements au plan de l'activité économique, qui ont inévitablement un impact sur la dynamique communautaire et la santé des collectivités. En effet, on assiste à une tertiarisation des emplois associée à une féminisation de la main-d'œuvre pour compenser les pertes d'emplois associés au secteur primaire. Les emplois basés sur les ressources naturelles tendent à prendre moins d'ampleur.

Évidemment, la structure de la population n'est pas étrangère à sa présence récente sur le territoire. L'attrait que représentait la région, sur le plan des emplois, a attiré de jeunes familles et une main-d'œuvre généralement en bonne santé. De ce fait, le profil sociosanitaire qui en est brossé est généralement favorable. L'amélioration de la santé et du bien-être des Jamésiens pose toutefois des défis.

PROFIL SOCIOSANITAIRE

Dans *La santé et le bien-être des Jamésiens*, paru en 2009, il ressort que les Jamésiens se perçoivent généralement en bonne santé et ils se disent actifs physiquement. Lorsqu'ils sont comparés aux Québécois, ils déclarent moins de stress dans leur quotidien et au travail, possèdent un sentiment d'appartenance à leur communauté plus fort, déclarent moins de problèmes de santé de longue durée, peu de mortalité infantile (n<5), et ont moins recours aux professionnels de la santé (médecins et spécialistes).

Par contre, l'espérance de vie à la naissance est plus faible qu'au Québec et la mortalité par maladies de l'appareil respiratoire, par traumatismes (accidents de véhicules à moteur et suicides) et par tumeurs malignes, est plus élevée. Outre ces particularités, la proportion de naissances vivantes de mères âgées de moins de 20 ans, de mères faiblement scolarisées et de naissances prématurées, sont proportionnellement plus élevées dans la région en comparaison au Québec. Malgré la qualité de vie associée aux milieux ruraux, les indicateurs de l'environnement physique montrent dans la région, des problèmes au plan de la qualité de l'eau potable, des logements et des conditions de vie au travail. Enfin, la prévalence élevée de l'embonpoint et l'incidence du cancer confirment que la lutte aux maladies chroniques doit demeurer notre priorité régionale.

Malgré des écarts parfois défavorables, quelques améliorations sont constatées dans la région. D'une part, la proportion des naissances des bébés de faible poids a diminué et l'espérance de vie s'est accrue alors que la mortalité a diminué. La réduction des décès par traumatismes explique en partie ce gain de santé. D'autre part, l'offre de services ambulatoires s'est améliorée réduisant ainsi la dépendance des Jamésiens aux hospitalisations, bien qu'elle demeure plus importante qu'ailleurs.

L'état de santé mentale et physique des Jamésiens est difficile à qualifier puisque bon nombre de maladies présentent de faibles prévalences. C'est le cas pour les limitations d'activités et les incapacités ainsi que les problèmes liés à la dépression et au suicide. Les données utilisées se rapportent à une population de moins de 15 000 habitants, limitant considérablement l'analyse statistique.

Toutefois, les données régionales disponibles montrent que le nombre de cigarettes fumées quotidiennement a diminué. Les risques liés à la santé sont mieux connus et reconnus dans la population puisqu'on observe un peu plus de restrictions qu'antérieurement concernant l'usage du tabac à la maison.

Chez les jeunes, on observe même une baisse du tabagisme et de la consommation d'alcool. Également, d'autres comportements à risque chez les adolescents ont diminué, ce qui fait croire que la gestion des comportements à risque est une stratégie à promouvoir dans une approche globale et intégrée de prévention.

Encore beaucoup de gains peuvent être obtenus si l'on agit sur les déterminants de l'état de santé.

La promotion de saines habitudes de vie devrait constituer une priorité d'action sur les déterminants de la santé pour la population jamésienne, considérant que l'allaitement maternel et la proportion de personnes consommant les portions minimales recommandées de fruits et de légumes obtiennent des taux inférieurs aux cibles visées. De plus, la lutte au tabagisme reste parmi les gains à obtenir puisque l'on remarque des proportions plus élevées d'exposition régulière à la fumée dans la région, comparativement au Québec, que ce soit au domicile, dans les lieux publics ou dans un véhicule. Les orientations nationales et régionales proposent non seulement de promouvoir l'adoption de comportements sécuritaires et de saines habitudes de vie, mais également de favoriser la création d'environnements sains et favorables à la santé. Pour y arriver, le partenariat intersectoriel s'avère essentiel puisque la santé de la population est fortement tributaire de l'environnement social et économique de la région et des communautés qui la composent.

Les indicateurs issus de *La santé et le bien-être des Jamésiens*, interprétés à la lumière des portraits de communauté, montrent des milieux de vie plutôt propices au sentiment de bien-être. À ce titre, les données disponibles indiquent notamment une proportion légèrement plus élevée qu'avant de personnes prodiguant des soins aux personnes âgées sans rémunération. On peut anticiper qu'avec le taux de chômage à la hausse, la féminisation de la main-d'œuvre et des emplois aux exigences scolaires plus élevées, les conditions de vie pourraient se détériorer et mener vers plus de pauvreté. Depuis sa création, la région se démarquait par les revenus élevés malgré des emplois moins spécialisés. Il n'est pas dit que cette tendance sera maintenue. Or, le développement social et le développement des communautés ont toujours été la trame de fond ayant guidé l'action régionale notamment de santé publique. Cette orientation stratégique doit se poursuivre dans le contexte d'une approche globale et concertée du milieu.

Enfin, ce portrait ne peut se conclure sans discuter de l'importance des soins de santé et des services sociaux comme déterminant de l'état de santé. Bien que la région se démarque par une qualité et une accessibilité de soins bien perçues dans la communauté, on remarque néanmoins une proportion inférieure à celle du Québec de personnes ayant un médecin de famille. Même si les besoins de santé non comblés de la population sont dans une proportion semblable à celle obtenue au Québec, on note que les Jamésiens consultent en proportion moindre un professionnel de la santé, qu'il s'agisse du médecin, d'un spécialiste ou d'un dentiste. L'implantation de réseaux intégrés de services vise justement à générer des gains significatifs sur l'état de santé d'une population sur la base des meilleures pratiques et où les besoins sont les plus patents.

CONTEXTE GÉOPOLITIQUE

Depuis 1993, le réseau régional de santé et de services sociaux a dû intégrer de nombreux changements et s'adapter à son environnement. Comme organisation, le CRSSS de la Baie-James poursuit son développement en maintenant ce dynamisme essentiel dans une jeune région où beaucoup reste à réaliser et qui, de plus en plus, a en main les outils et leviers pour le faire.

Juin 2001 a été marqué par le lancement de la *Politique de développement du Nord-du-Québec* : « (...) par laquelle le gouvernement manifeste à la population de cette région sa détermination à appuyer de manière exceptionnelle le développement de cet immense territoire québécois.[3] »

Elle traduit la volonté du gouvernement du Québec de soutenir l'initiative et la vie dans le Nord-du-Québec, en collaboration avec les peuples autochtones, en : «*(...) [misant] sur une approche de développement durable, [valorisant] la responsabilisation des populations du territoire (...) [reconnaissant] et [intégrant] dans la gouverne de l'État québécois les spécificités du Nord-du-Québec et de son développement.*[4]».

Il est de la responsabilité des communautés du Nord-du-Québec de faire valoir leurs besoins et la politique vise à appuyer et valoriser les initiatives des communautés pour offrir aux résidants la meilleure qualité de vie possible. Dans cet ordre d'idées, le plan d'organisation du CRSSS de la Baie-James vise à pourvoir l'établissement d'une assise de développement solide en matière de santé et de services sociaux afin de soutenir la population du territoire dans les domaines de la santé et des services sociaux.

Enfin, toujours en juin 2001, l'Assemblée nationale adoptait une loi, dite « Loi de la gouverne », qui modifiait la LSSSS, apportant ainsi des ajustements au processus de gestion du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Un amendement important pour la région du Nord-du-Québec avait été apporté à l'article 530.45 qui stipulait, jusqu'alors : « (...) qu'aucune régie régionale [n'était] instituée sur le territoire ». Depuis, cet article se lit comme suit : « (...) l'établissement public visé par la présente partie est réputé agir comme une agence lorsqu'il exerce les diverses attributions et responsabilités que lui confèrent les dispositions particulières édictées par la présente partie ». Le CRSSS de la Baie-James disposait donc alors des responsabilités dévolues à une ASSS.

Avec ses mandats et ses défis, le CRSSS de la Baie-James se révèle une organisation unique au Québec par ses responsabilités mixtes d'établissement comme d'agence, de même que par le nombre de missions qui lui ont été confiées.

Enfin, le contexte géopolitique fut marqué le 9 mai 2011 par le lancement du Plan Nord. Cet ambitieux projet, d'une durée de 25 ans, se veut l'un des plus grands chantiers du développement économique, social et environnemental du Québec. À cet égard, le CRSSS de la Baie-James désire se positionner en amont afin de pouvoir offrir des services accessibles et de qualité. Tel que le stipule le Plan Nord : « *La disponibilité des soins de santé et des services sociaux constitue un enjeu majeur pour le Plan Nord. Les infrastructures en place répondent en général aux besoins des populations établies dans le territoire concerné, sans pour autant offrir les ressources nécessaires pour satisfaire les nouvelles populations qui s'y installeront et leurs besoins particuliers. Tout développement et tout accroissement de la main-d'œuvre nécessiteront la mise en place de soins de santé et de services sociaux supplémentaires pour cette nouvelle clientèle.* »[5].

---

[3] MINISTÈRE DES RÉGIONS, *Politique de développement du Nord-du-Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 2001, p. v.
[4] *Ibid.*
[5] http://plannord.gouv.qc.ca/developpement/sss.asp, consulté le 20 juillet 2011

LE RÉSEAU JAMÉSIEN DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

LE RÉSEAU JAMÉSIEN DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

NOTRE MISSION, NOTRE VISION ET NOS VALEURS[6]

Notre mission

Améliorer et maintenir la santé et le bien-être de la population du territoire sociosanitaire du Nord-du-Québec, en offrant une gamme de services sécuritaires la plus complète possible, notamment des services de surveillance et de recherche, de protection, de promotion, de prévention, d'évaluation, d'intervention (diagnostic et traitement), de réadaptation, de soutien et d'hébergement, ainsi que l'accompagnement de fin de vie.

Notre vision

Dans le cadre de sa mission, le CRSSS de la Baie-James a la volonté d'être reconnu :

- Pour sa capacité d'être à l'écoute et au service de sa population et de sa clientèle;
- Pour la qualité et la pertinence de sa réponse aux besoins de la population qu'il dessert;
- Pour la solidarité et la bienveillance dont il fait preuve envers les personnes et les communautés;
- Pour son utilisation harmonieuse et responsable des personnes et des ressources à sa disposition;
- Pour son leadership local et régional en matière de santé et de bien-être, basé sur le savoir, la compétence et l'implication des personnes qui y œuvrent;
- Pour son milieu de travail humain, mobilisant, sécuritaire et recherché;
- Comme un modèle dans la promotion de la santé et d'une saine hygiène de vie.

Nos valeurs

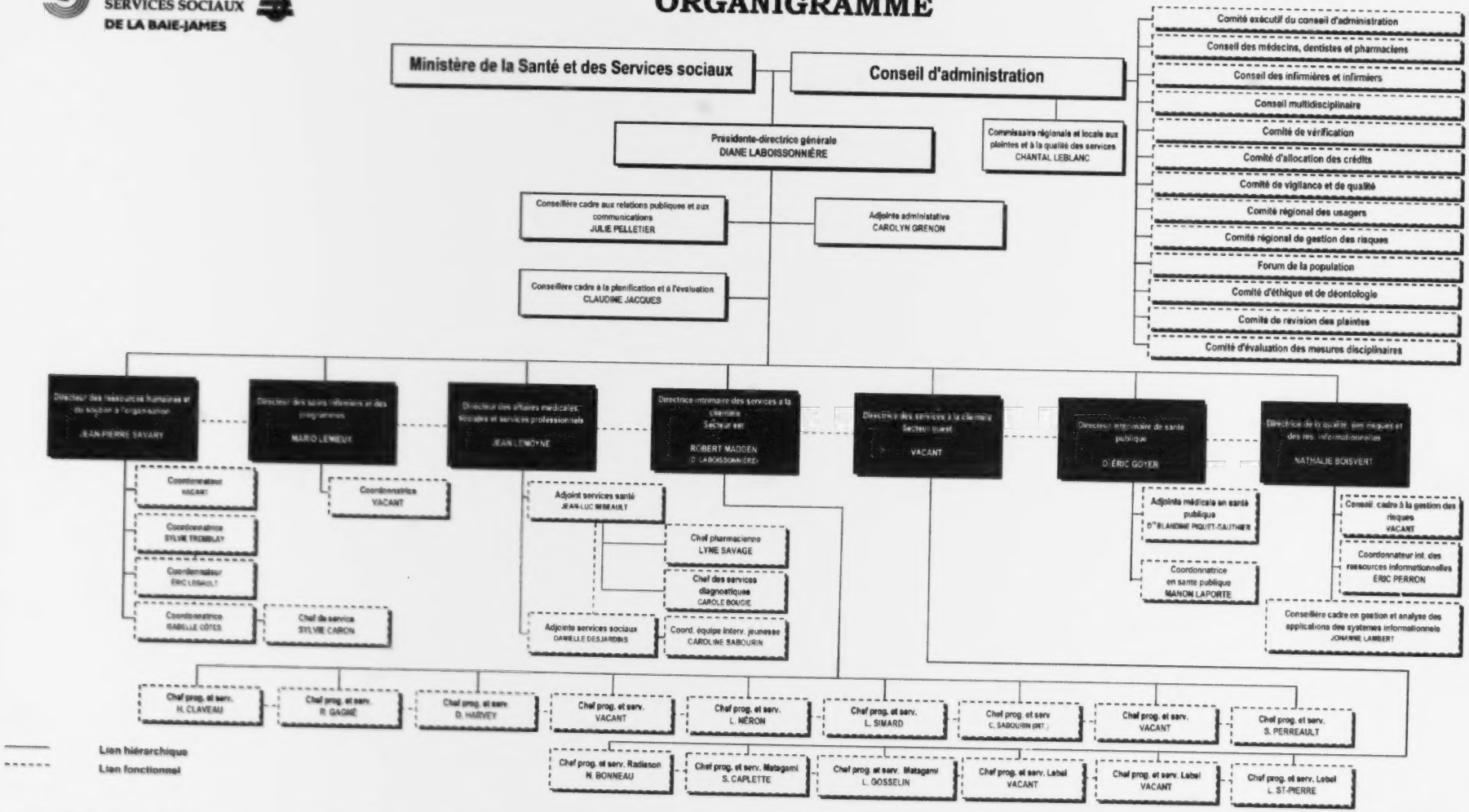
- L'amélioration continue de la qualité des soins et des services;
- Le respect des individus, des groupes et de la population;
- L'équité dans la prise des décisions et le partage des ressources;
- Des communications franches, régulières et transparentes.

[6] CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES. *Plan d'organisation du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James*, Chibougamau, CRSSS de la Baie-James, 2009, 78 p.

La structure au 31 mars 2011

CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES

ORGANIGRAMME



Mise à jour : 31 mars 2011

Le conseil d'administration et ses comités consultatifs

LISTE DES ADMINISTRATEURS AU 31 MARS 2011

Madame Diane Laboissonnière
Présidente – directrice générale
et secrétaire du conseil d'administration

Monsieur Denis Lemoyne
(Population Lebel-sur-Quévillon
et président du conseil d'administration)

Monsieur Alain Poirier
(Cooptation Conférence régionale des élus de la Baie-James)
et vice-président du conseil d'administration)

Monsieur Jean Bédard
(Cooptation syndicats)

Monsieur Maxime Bellier
(Cooptation Conférence régionale des élus de la Baie-James)

Monsieur Clément Breton
(Population Chapais)

Docteur François Deschênes
(CMDP)

Madame Doris Dufour
(CII)

Monsieur Serge Drolet
(Comité des usagers)

Madame Lynn Fleury
(Désignation ministérielle)

Madame Manon Forget
(Population Radisson, Valcanton, Villebois)

Madame Johann Laflamme
(Population Chibougamau)

Madame Esther Levasseur
(Cooptation établissement d'enseignement public)

Madame Julie Martin
(Cooptation organismes communautaires)

Monsieur Daniel Morin
(Désignation ministérielle)

Madame Myreille Naud
(CM)

Monsieur Claude Nicolas
(Population Matagami)

Monsieur Jean-François Perras-Fortin
(Autre personnel)

Monsieur Élie-Marie Simard
(Comité des usagers)

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION ET SES COMITÉS CONSULTATIFS

Conseil des infirmiers et infirmières

Au CII, un nouveau comité exécutif (CECII) a été élu en mai 2010. Huit rencontres ont eu lieu. Le premier dossier a été l'amendement des règlements généraux qui a résulté en l'abolition des CII locaux pour faciliter les rencontres et tenir compte de la rareté des ressources. Le CECII a mis en place des midis-conférences afin d'offrir au personnel infirmier et infirmier auxiliaire de nos installations la possibilité d'acquérir les meilleures pratiques en soins infirmiers auprès des aînés. Ces séances d'information sont offertes avec la collaboration du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ). Les membres du CII sont aussi impliqués dans différents comités tels que le comité d'éthique clinique, le comité santé et mieux-être, etc. Enfin, le comité exécutif du CII a été consulté pour différents formulaires, protocoles infirmiers et autres documents cliniques. Les documents ont été adoptés avec des changements proposés afin de répondre aux normes de pratiques exemplaires.

Conseil multidisciplinaire

Un comité de travail du conseil multidisciplinaire a revu les règlements généraux afin d'optimiser le fonctionnement interne. Le conseil d'administration du CRSSS de la Baie-James a adopté cet amendement à la séance du 18 janvier 2011. Le conseil multidisciplinaire a été consulté sur le *Cadre de référence des services psychosociaux généraux et des services en santé mentale du CRSSS de la Baie-James*. De plus, dans le cadre de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines (2009, chapitre 28) deux personnes ont été mandatées pour s'approprier les changements afin d'évaluer les impacts dans l'organisation de telles modifications et recommander, s'il y a lieu, certaines modalités plus spécifiques d'application. Une formation offerte par l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) a été donnée au mois de mars 2011.

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Cette année encore, tous les comités ont été actifs et ont soumis leurs rapports régulièrement. Les recommandations émises par les comités sont analysées et acheminées aux personnes concernées et les actions pertinentes pour leur mise en application sont prises.

Depuis quelques mois, le conseil a travaillé sur les priorités à accorder en santé mentale, la Direction générale voulant consolider davantage la première ligne.

Dans le secteur ouest, il n'y a toujours pas de développement concernant l'entente de services avec Val-d'Or, et ce malgré de nombreuses démarches effectuées tant par la présidente-directrice générale que par la Direction des affaires médicales, sociales et des services professionnels (DAMSSP).

Plusieurs nouvelles ordonnances collectives élaborées par la Direction des soins infirmiers et des programmes (DSIP) ont été analysées, et approuvées.

Comme le permet le Collège des médecins du Québec, une liste d'inscriptions déléguées a été élaborée afin de permettre aux archivistes d'inscrire sur les feuilles sommaires du dossier de l'usager certaines données et permettre ainsi d'accélérer la codification des dossiers.

Comité des usagers

Actuellement, trois personnes siègent au comité. L'année 2010-2011 a été propice à quelques réalisations. Le comité a participé à titre d'observateur, à diverses rencontres avec d'autres comités des usagers ailleurs au Québec. C'est ainsi qu'est né le projet « Calendrier 2011 » en collaboration avec l'Abitibi-Témiscamingue, ce qui constituait une première pour la Jamésie. Un des membres a participé au 9e colloque du Conseil pour la protection des malades, tenu à Québec en juin 2010. Une ligne téléphonique sans frais est maintenue. La plupart des plaintes reçues ont été transmises à la commissaire aux plaintes ainsi qu'au Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP).

Les effectifs au CRSSS de la Baie-James

LES EFFECTIFS AU CRSSS DE LA BAIE-JAMES

Cette section présente la situation des effectifs du CRSSS de la Baie-James.

On y trouve, outre l'organigramme et la liste des administrateurs présentés précédemment, des comparaisons permettant d'apprécier l'évolution dans le temps en ce qui a trait au nombre d'effectifs par statut et par catégorie d'emploi. De même, on y trouve des indicateurs quant au recrutement, la rétention et la planification de la main-d'œuvre ainsi que la gestion de la présence au travail.

Le tableau ci-dessous présente la situation des effectifs au cours des quatre dernières années.

Par rapport à l'an dernier, le personnel d'encadrement est passé de 38 à 32 en raison de plusieurs postes vacants, tandis que la situation s'est améliorée pour les employés réguliers passant, de 326 équivalents temps complet à 365. Cette amélioration se répercute sur le nombre d'heures d'employés occasionnels qui a été réduit.

TABLEAU 1 :
Effectifs au 31 mars 2011 et années antérieures

	PERSONNEL D'ENCADREMENT			EMPLOYÉS RÉGULIERS			EMPLOYÉS OCCASIONNELS	
ANNÉE/STATUT	TEMPS COMPLET	TEMPS PARTIEL	STABILITÉ D'EMPLOI	TEMPS COMPLET	TEMPS PARTIEL (ETC)	SÉCURITÉ D'EMPLOI	NOMBRE D'HEURES	ETC
2010-2011 (au 31 mars 2011)	32	0	0	365	74,86	0	234 111	128
2009-2010 (au 31 mars 2010)	38	0	0	326	59,47	0	268 779	147
2008-2009 (au 31 mars 2009)	37	0	0	301	62,58	0	225 070	140
2007-2008 (au 31 mars 2008)	32	0	0	310	52,34	0	240 472	131

Note : Les postes vacants sont exclus

TABLEAU 2 :
Effectifs au 31 mars 2011 par catégorie d'emplois

	PERSONNEL D'ENCADREMENT ET EMPLOYÉS RÉGULIERS		
CATÉGORIE D'EMPLOIS	TEMPS COMPLET	TEMPS PARTIEL (ETC)	TOTAL
CADRES SUPÉRIEURS	7	0	7
CADRES INTERMÉDIAIRES	25	0	25
PHARMACIENS	5	0	5
PROFESSIONNELS	74	8,60	82,60
PERSONNEL EN SOINS INFIRMIERS	95	43,6	138,60
TECHNICIENS	70	0,63	70,63
PERSONNEL DE SOUTIEN	89	22,03	111,03
TOTAL	365	74,86	439,86

Note : Les postes vacants sont exclus

Les écarts rencontrés par rapport à l'an dernier au niveau des dépenses de recherche et d'embauche de candidats se traduisent par une diminution des frais de publicité et affichages de postes. En effet, une nouvelle stratégie de recrutement à l'aide des médias sociaux et de notre site Internet explique cette diminution. Enfin, on remarque une augmentation des dépenses accordées pour des bourses d'études; des efforts ont été consentis permettant d'embaucher davantage de boursiers et d'étudiants provenant de la région.

TABLEAU 3 :
Dépenses de recherche et d'embauche de candidats 2009-2010 et 2010-2011

NATURE DE LA DÉPENSE	COÛTS ($) 2010-2011	COÛTS ($) 2009-2010
PUBLICITÉ ET AFFICHAGES DE POSTES	57 709	75 088
FRAIS DE DÉPLACEMENT (ENTREVUES PERSONNEL CADRE)	1 760	362
FRAIS DE DÉMÉNAGEMENT (PERSONNEL CADRE)	10 234	53 945
FRAIS DE DÉPLACEMENT (ENTREVUES PERSONNEL NON CADRE)	20 427	19 215
FRAIS DE DÉMÉNAGEMENT (PERSONNEL NON CADRE)	98 291	135 489
BOURSES D'ÉTUDES	91 500	41 300
FRAIS DE SALONS DE RECRUTEMENT	42 647	30 845
TOTAL	**322 568**	**359 244**

Note : Le coût de la ressource professionnelle attitrée au recrutement et à la promotion a été retiré du tableau en raison de la sensibilité de l'information. Le total des coûts n'est pas comparable.

Le coût de la ressource correspondait à une seule personne dont l'échelle salariale peut varier selon l'expérience de la personne occupant le poste. Ainsi, une baisse ou une hausse des coûts peuvent entraîner une interprétation erronée pour le même nombre d'heures consacrées au recrutement par cette ressource.

Les investissements en formation ont considérablement diminué cette année afin de respecter la réduction des dépenses prescrites dans le cadre de la Loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette.

TABLEAU 4 :
Investissements en formation au CRSSS de la Baie-James pour les cinq dernières années

ANNÉE	SALAIRES ($)	AUTRES FRAIS ($)	TOTAL ($)	% DES CHARGES RÉELLES
2010-2011	338 615	250 127	588 742	1,1 %
2009-2010	488 207	416 671	904 878	1,8 %
2008-2009	525 929	386 829	912 758	1,9 %
2007-2008	546 632	419 605	966 237	2,1 %
2006-2007	593 013	391 167	984 180	2,2 %

Enfin, le ratio des heures en assurance salaire par rapport aux heures travaillées s'est amélioré par rapport à l'an dernier.

TABLEAU 5 :
Coûts reliés à l'assurance salaire

	2010-2011	2009-2010
HEURES EN ASSURANCE-SALAIRE	58 518	59 646
HEURES TRAVAILLÉES	791 384	785 183
RATIO HEURES EN ASSURANCE-SALAIRE / HEURES TRAVAILLÉES	7,39 %	7,60 %
COÛTS DES PRESTATIONS VERSÉES EN ASSURANCE-SALAIRE	1 144 380 $	1 110 878 $

Les effectifs médicaux

LES EFFECTIFS MÉDICAUX

Le Centre de santé René-Ricard est le centre dont le manque d'effectif omnipraticiens est le plus important. Cette année, Chibougamau a recruté un nouveau médecin et a fait appel au service de dépannage en obstétrique. À Lebel-sur-Quévillon, les cinq médecins en place couvrent tous les services. Le Centre de santé Isle-Dieu de Matagami a recours périodiquement au mécanisme de dépannage. Avec un seul médecin en place, Radisson a toujours recours au mécanisme de dépannage.

TABLEAU 6 :
Effectifs en omnipratique, à titre de membres du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

CENTRES DE SANTÉ	PRÉVUS AU PLAN	EN PLACE AU 31 MARS 2007	EN PLACE AU 31 MARS 2008	EN PLACE AU 31 MARS 2009	EN PLACE AU 31 MARS 2010	EN PLACE AU 31 MARS 2011
CS RENÉ-RICARD	6	5	4	4	4	4
CS DE CHIBOUGAMAU	18	15	17	18	18	19
CS LEBEL	6	5	5	5	5	5
CS ISLE-DIEU	6	4	4	5	5	6
CS DE RADISSON	1	1	1	1	1	1
TOTAL	**37**	**30**	**31**	**33**	**33**	**35**

TABLEAU 7 :
Effectifs en médecine spécialisée (Chibougamau)

SPÉCIALITÉ	PRÉVUS AU PLAN D'EFFECTIFS	EN PLACE AU 31 MARS 2011
ANESTHÉSIE	1	Équipe itinérante*
CHIRURGIE GÉNÉRALE	1	Équipe itinérante*
MÉDECINE INTERNE	1	0
PSYCHIATRIE	1	1
RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE	1	0
SANTÉ COMMUNAUTAIRE	1	0**

* Chibougamau est le lieu de pratique principal d'un anesthésiste et d'un chirurgien général. Ils ne sont pas établis dans la région et détiennent une nomination avec statut de membres associés au CMDP de l'établissement.

** Il est à noter que des tâches en santé communautaire sont effectuées actuellement par un médecin omnipraticien à Chibougamau.

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Ce chapitre permet d'apprécier le chemin parcouru durant l'année, en termes d'activités, par rapport aux objectifs issus de la planification stratégique du CRSSS de la Baie-James. Ce rapport annuel de gestion présente les principales activités réalisées en lien avec les huit enjeux régionaux identifiés, lesquels s'inscrivent en cohérence avec les orientations nationales.

La présentation des résultats s'accompagne de cibles et d'indicateurs afin de converger vers une gestion par résultat. La mesure, les indicateurs de performance et la reddition de comptes font partie des outils de la gestion par résultat.

En ce qui concerne l'atteinte des objectifs liés à l'entente de gestion et d'imputabilité 2010-2011, des fiches de reddition de comptes sont présentées à l'annexe 1. Ces fiches rendent compte de l'atteinte des engagements du CRSSS de la Baie-James. Les indicateurs élaborés par le Ministère présentent des informations de nature évaluative notamment sur l'atteinte des résultats quant à l'accessibilité aux services et autres engagements liés à l'entente.

ENJEU TRANSVERSAL – La pérennité du réseau jamésien de santé et de services sociaux

ORIENTATION 1 : Revoir l'offre de service sur l'ensemble du territoire en fonction de critères d'efficience, d'efficacité et de performance				
Objectifs	Activités	Cibles	Indicateurs	Résultats 2010-2011
1.1.1 Améliorer la qualité des systèmes d'information.	Outiller les intervenants et leurs gestionnaires à la qualité des informations saisies par le biais de guides de saisie et de rencontres de sensibilisation.	Respecter les délais de saisie.	Nombre et liste de guides de saisie produits.	20 guides disponibles dont 8 guides produits en 2010-2011. 15 formations à distance offertes aux utilisateurs.
	Inventorier l'ensemble des indicateurs de suivi et de gestion ainsi que d'autres attentes ministérielles (incluant les POR).	100 % des indicateurs de l'entente de gestion et d'imputabilité et les POR.	Dépôt de l'inventaire.	Dépôt de l'inventaire été 2010. Un répertoire contenant l'ensemble des attentes et des indicateurs de suivi de gestion à l'échelle nationale et régionale est disponible en vue de créer des tableaux de bord.
1.1.2 Mettre en œuvre des projets structurés d'optimisation de l'utilisation des ressources.	Poursuivre les projets identifiés dans l'entente de gestion et d'imputabilité 2010-2011.	3 projets ciblés.	État d'avancement de chacun des projets.	Tous les projets sont démarrés et en bonne voie d'être complétés à l'exception du projet novateur d'hébergement dans la communauté (voir 7.3.1 et 10.2.1). L'état d'avancement de chacun des projets d'optimisation est présenté dans les fiches de reddition de compte dans la section de l'entente de gestion et d'imputabilité (spécificités régionales).
1.1.3 Créer des partenariats internes ou externes pour un partage des ressources.	Regrouper les services de buanderie-lingerie au Centre de santé de Chibougamau.	4/5 centres de santé.	État d'avancement.	La modernisation du processus lessiviel au Centre de santé de Chibougamau a accru la capacité de production par rapport à 2008-2009, et ce, avec moins d'effectifs, un gain net de 11 %. Le projet a permis d'implanter le vrac ainsi qu'un nouveau système de cueillette et de distribution sur les unités. Les formules de lavage, de séchage et de finition ont été revues de même que l'aire d'entreposage et de transport de marchandises. Le projet de régionalisation sera finalisé au cours de l'automne 2011 avec les modalités du transport intrarégional et la collaboration du secteur ouest. La prévention des infections et le développement durable ont été au cœur des changements.
	Réguler les pratiques en matière d'approvisionnement dans le cadre de la Loi sur les contrats des organismes publics (17).	56 % d'achats regroupés d'ici 2013.	Taux d'achats regroupés.	23 % d'achats regroupés. Le CRSSS de la Baie-James procède de plus en plus aux achats en commun et souhaite intensifier, voire doubler, les achats regroupés par le Centre régional des achats en groupe (CRAG) d'ici deux ans. Pour ce faire, il entend inciter les utilisateurs à choisir les produits et services offerts par le CRAG. L'uniformisation des fournitures de bureau, médicales et d'entretien permettront aussi de générer des économies.
1.1.4. Mesurer les impacts et les retombées des décisions de gestion.	Réaliser un plan de mesures de réduction des dépenses dans les secteurs administratifs.	D'ici le 31 mars 2014, réduire de 10 % les dépenses de nature administrative par rapport à 2009-2010 selon le plan de	Taux de réduction des dépenses dans les secteurs administratifs en 2010-2011.	Le plan de réduction des dépenses a été déposé au MSSS au 30 septembre 2010. Au global, les dépenses de nature administrative ont connu une légère augmentation de 0,86 %. Ce résultat montre qu'il est difficile de réduire les effectifs avec des équipes déjà minimales en région

ORIENTATION 1 : Revoir l'offre de service sur l'ensemble du territoire en fonction de critères d'efficience, d'efficacité et de performance				
Objectifs	Activités	Cibles	Indicateurs	Résultats 2010-2011
		réduction des dépenses dans le cadre de la Loi 100.		éloignée. Plusieurs efforts ont été effectués concernant le non-remplacement des absences déterminées (congé sans solde, parental) ou indéterminées (absence maladie), cependant ils ne sont pas pris en compte dans le calcul de la réduction des effectifs. Toutefois, la réalité est telle que la charge de travail est importante pour le personnel en place et que les heures travaillées ont diminué pour le personnel d'encadrement, soit une réduction de 3 571 heures travaillées. Les dépenses reliées au conseil d'administration, à la publicité et aux frais de déplacement, de séjour et d'inscription (formation) de nature administrative ont diminué de 29 % en 2010-2011, malgré l'étendue du territoire et l'éloignement des grands centres, dépassant ainsi la cible de 25 %.

ORIENTATION 2 : Assurer un suivi et une rétroaction sur la performance du CRSSS de la Baie-James				
Objectifs	Activités	Cibles	Indicateurs	Résultats 2010-2011
2.1.1. Soutenir l'évaluation des résultats et la reddition de compte.	Tenir des rencontres locales avec le personnel et la population.	Échanger avec le personnel et la population sur leurs besoins et leur satisfaction.	Nombre de rencontres. Nombre de participants.	14 rencontres auprès du personnel et de la population dans toutes les communautés à l'exception de Valcanton et Villebois. Environ 250 participants (75 % provenant du personnel et 25 % de la population).

ENJEU 1 – L'action concertée sur les déterminants de la santé et du bien-être

ORIENTATION 3 : Renforcer l'action intersectorielle sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être et soutenir le développement social et le développement des communautés pour bâtir une région en santé				
Objectifs	Activités	Cibles	Indicateurs	Résultats 2010-2011
3.1.1 Positionner le CRSSS de la Baie-James comme un acteur incontournable du développement et profiter des opportunités qui s'offrent à lui en matière de concertation afin de promouvoir la santé par l'action intersectorielle.	Participer au comité de prévention de la violence et de l'abus d'alcool dans le cadre d'évènements festifs.	Élaboration d'un plan d'action concerté.	Dépôt d'un plan d'action concerté.	Plan d'action déposé aux partenaires (printemps 2010). 4 mesures ont été mises en place et se révèlent positives par les partenaires impliqués : • Campagne radiophonique sur la consommation modérée de l'alcool. • Relance du programme PALTA (Prévention Alcool, Loterie et Tabac). • Formation à la fonction de médiateur. • Présence d'un travailleur de rue au centre-ville.
	Financer des comités locaux de concertation en développement des communautés.	7 communautés jamésiennes.	Nombre de comités financés.	4 comités financés. Un budget annuel de 20 000 $ est alloué dans le cadre de l'Entente spécifique régionale en développement social 2009-2014 où le CRSSS de la Baie-James participe en finançant les comités locaux (100 000 $) de même que le fonctionnement du Comité de développement social de la Baie-James (25 000 $).
3.1.2 Mobiliser les acteurs des communautés vers une vision régionale du développement d'une région en santé.	Collaborer aux activités visant à développer un plan d'action gouvernemental permettant d'améliorer la santé et le bien-être des communautés visées par le Plan Nord.	Collaboration du CRSSS de la Baie-James à agir en amont de la planification du *Plan Nord* et ainsi pouvoir ajuster notre offre de service en lien avec le développement économique.	Modalités de collaboration.	Participation de la PDG au groupe de travail « santé » du MSSS, production et présentation d'un portrait de santé et de bien-être des Jamésiens et présentation du *Plan stratégique 2010-2015 du CRSSS de la Baie-James*.

ENJEU 2 – La primauté des services de première ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services

ORIENTATION 4 : Assurer la place de la prévention à l'intérieur des *continuums* de services				
Objectifs	Activités	Cibles	Indicateurs	Résultats 2010-2011
4.1.1. Consolider l'offre de service et assurer la mise en œuvre de l'ensemble des activités prévues au plan d'action en santé publique.	**École en santé** Élaborer un cadre de référence pour la présentation d'une offre de service en promotion et prévention à l'intention des écoles de la Jamésie.	5 centres de santé d'ici 2013.	Nombre d'offres de service déposées.	5 offres de service déposées par le CS de Chibougamau en promotion et prévention selon le cadre de référence qui reconnaît les meilleures pratiques au sein de l'approche École en santé. La Commission scolaire de la Baie-James est partenaire dans cette démarche.
	Violence conjugale et agressions sexuelles Lancer un appel de projets pour agir en amont de la problématique de la violence conjugale en misant sur des actions favorisant l'établissement de rapports égalitaires dans les relations humaines hommes/femmes chez les adultes et également dans les relations entre les garçons et les filles.	5 projets recevables.	Nombre de projets acceptés selon les critères établis.	7 projets ont été jugés recevables et ont reçu du financement et 4 autres projets ont été financés de façon partielle pour un total de 11 projets.
	Tabac, alimentation et activité physique Créer une table en promotion des saines habitudes de vie.	4 rencontres par année.	Nombre de rencontres de la table en promotion des saines habitudes de vie.	4 rencontres et 100 % des intervenants étaient présents. Le but de cette table est de favoriser les échanges, transmettre les pratiques reconnues efficaces et harmoniser les façons de procéder entre les intervenants en promotion des saines habitudes de vie des centres de santé.
	Développer des activités régionales afin d'améliorer les saines habitudes de vie de la population jamésienne.	4 campagnes sociétales. 2 défis.	Nombre de campagnes réalisées.	Réalisation de 4 campagnes sociétales : La campagne sociétale *Rendez-vous d'automne* s'est particulièrement démarquée à Chibougamau. Plusieurs activités ont été réalisées. 22 équipes ont participé dans 16 entreprises. Au total, ce sont 292 personnes qui ont participé à la campagne. L'activité *Fort en famille* qui a vu le jour à Matagami il y a 3 ans, a été implanté dans les municipalités de Chapais, Chibougamau et Lebel-sur-Quévillon. Dans le cadre de *Plaisirs d'hiver*, un service de prêt de raquettes gratuit a été implanté à Chapais, Chibougamau, Lebel-sur-Quévillon et Matagami. Ce service a été apprécié de la population.

Objectifs	Activités	Cibles	Indicateurs	Résultats 2010-2011
ORIENTATION 4 : Assurer la place de la prévention à l'intérieur des *continuums* de services				
				Au total, 156 paires de raquettes ont été empruntées. Pour la campagne *Fruits et légumes en vedette*, il y a 6 restaurants de la région qui ont participé. Réalisation des 2 défis : Pour le *Défi Santé 5/30 Équilibre* et le défi *J'arrête, j'y gagne!*, la région du Nord-du-Québec a reçu une plaque honorifique pour le plus haut taux de participation.
	Réaliser le projet Québec en Forme avec l'ajout de 3 nouveaux regroupements de partenaires : Chapais, Lebel-sur-Quévillon et Matagami.	Une action réalisée minimalement par regroupement.	Nombre d'actions qui ont reçu du financement.	Chapais (11). Chibougamau (27). Lebel-sur-Quévillon (13). Matagami (22). Comité jamésien (8). Le CRSSS de la Baie-James demeure le mandataire financier du projet Québec en forme. Il a reçu et redistribué les investissements dans les communautés selon les modalités établies avec Québec en Forme. Ainsi, ce sont 170 000 $ de nouveaux investissements qui ont été alloués pour des activités en saine alimentation et un mode de vie physiquement actif. Les partenaires impliqués dans le comité jamésien de promotion des saines habitudes de vie sont : Mouvement Jeunesse Baie-James, Conférence régionale des élus de la Baie-James, Commission scolaire de la Baie-James, Commission loisirs et sports de la Baie-James, Stratégie jeunesse.
	Élaborer une politique pour une saine alimentation au CRSSS de la Baie-James.	Appuyer la création d'environnement favorable à l'acquisition de saines habitudes alimentaires en fonction des ressources disponibles.	Adoption d'une politique par le conseil d'administration.	Politique adoptée le 8 juin 2010, s'adressant aux employés, aux médecins, à la clientèle utilisant les services d'alimentation, aux stagiaires, bénévoles et autres visiteurs. Elle s'inscrit à l'intérieur des orientations du cadre de référence *Miser sur une saine alimentation : une question de qualité*, élaboré à l'intention des établissements de santé et de services sociaux.

ORIENTATION 4 : Assurer la place de la prévention à l'intérieur des *continuums* de services				
Objectifs	Activités	Cibles	Indicateurs	Résultats 2010-2011
	Santé buccodentaire Appliquer les agents de scellement dentaire sur les faces avec fosses et sillons des molaires permanentes.	Proportion des jeunes de 2e année du primaire (cible de 90 %) et du secondaire (cible de 80 %) ayant bénéficié d'au moins un agent de scellement, d'ici 2015.	Proportion des jeunes de 2e année du primaire et du secondaire ayant bénéficié d'au moins un agent de scellement.	Proportion des jeunes de 2e année du primaire (78,8 %) et du secondaire (85,2 %) ayant bénéficié d'au moins un agent de scellement. Les données ne tiennent pas compte des jeunes de Radisson en raison d'une entente particulière qui ne permet pas de les comptabiliser, bien que toutes les écoles de la Commission scolaire de la Baie-James aient été visitées.
	Cancer du sein Faire connaître le *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* (PQDCS) de façon à encourager les femmes de 50 à 69 ans à y participer.	2 repas-conférence dans le secteur est de la région avec la porte-parole et comédienne, Mme Francine Ruel.	Nombre de personnes rejointes. % de participation au programme.	300 personnes, majoritairement des femmes. Les dernières données disponibles (2009) indiquent que 74,3 % des femmes admissibles au programme y ont participé. Ce taux est supérieur à celui du Québec. Lors des activités réalisés en partenariat avec l'association À Fleur d'Espoir, un sondage a permis de constater que : • La majorité des femmes (93 %) passeront une mammographie au cours des deux prochaines années; • La majorité des participants à ces rencontres (95 %) ont l'intention de parler de l'importance de passer régulièrement une mammographie à d'autres personnes; • Les informations transmises par les conférenciers ont répondu aux questions de départ des personnes présentes (95 %). Enfin, le message a été entendu puisque 46 % des répondants ont mentionné que le dépistage est important et que nous sommes responsables de notre santé.
	Traumatismes non intentionnels Créer, mettre en place et évaluer le programme Sécur'été.	100 % des rapports remis. 6/6 patrouilleurs.	Dépôt annuel des activités réalisées.	100 % des rapports déposés. Le programme Vélo-Sécur a été implanté dans la région sociosanitaire du Nord-du-Québec en 1998 et a été évalué l'an dernier donnant ainsi naissance à un nouveau programme : Sécur'été. Celui-ci vise à répondre à plusieurs problématiques de santé publique tout en s'adaptant aux particularités régionales.

ORIENTATION 4 : Assurer la place de la prévention à l'intérieur des *continuums* de services				
Objectifs	Activités	Cibles	Indicateurs	Résultats 2010-2011
	Immunisation Déterminer les causes qui engendrent des délais en vaccination supérieurs à une semaine tel que recommandé dans le *Programme d'immunisation du Québec* (PIQ).	75 % des enfants ont été vaccinés à l'intérieur d'un délai d'une semaine, à partir du moment où le vaccin est prévu au calendrier régulier du PIQ, et ce, pour la 1re dose.	% d'enfants ayant été vaccinés à l'intérieur d'un délai d'une semaine pour le : • DCaT-Polio-HIB; • Méningocoque du groupe C; • Vaccin conjugué contre le pneumocoque.	% d'enfants ayant été vaccinés à l'intérieur d'un délai d'une semaine pour le : • DCaT-Polio-HIB (90,85 %); • Méningocoque du groupe C (85,16 %); • Vaccin conjugué contre le pneumocoque (91,36 %). Tous les centres de santé ont été interpellés pour identifier les causes des délais d'immunisation. Des pistes de solution ont été recommandées permettant maintenant de dépasser les cibles ministérielles. Un suivi est assuré.
	Créer et animer une table régionale des intervenants en immunisation.	3 rencontres par année.	Nombre de rencontres par année.	2 rencontres (travail démarré en septembre 2010). Le mandat consiste à transmettre les nouvelles recommandations en immunisation, répondre aux questions et assurer la mise en œuvre de *Place à la santé* ainsi que du plan ministériel de promotion de la vaccination.
	Évaluer la qualité du système de gestion des produits immunisants (GPI).	2 centres de santé.	Nombre de centres de santé visités.	2/5 CS visités (Isle-Dieu et Lebel). Les visites ont permis de constater que les recommandations émises en 2008-2009 ont été appliquées intégralement, ce qui nous assure une bonne gestion des produits immunisants dans les CS visités.
	Santé environnementale Sensibiliser la population aux différentes problématiques de santé environnementale et formuler les recommandations d'usage.	3 problématiques abordées.	Nombre de problématiques abordées.	3 problématiques abordées. Les sujets ayant fait l'objet d'une campagne de sensibilisation sont : le bronzage, la chaleur accablante et le monoxyde de carbone. Des dépliants et des affiches ont été les principaux médias utilisés.
	Surveillance, recherche et évaluation Mesurer l'état d'avancement de *Place à la santé*.	80 % des activités implantées dans *Place à la santé* en 2012 (reconduit jusqu'en 2015).	% des activités implantées dans *Place à la santé* en 2012.	61 % réalisé 17 % en partie 8 % non réalisé 5 % à redéfinir 5 % plus ou moins (différemment) 4 % ne sait pas *Place à la santé* est le plan d'action en santé publique du CRSSS de la Baie-James découlant du Programme national de santé publique, lequel diffère quant au nombre d'activités et leur nature. Le suivi à mi-parcours de *Place à la santé* a été réalisé au 31 mars 2011. Les résultats montrent que 79 % des activités planifiées sont réalisées ou en bonne voie de l'être. Cet état d'avancement devrait permettre de rejoindre la cible, laquelle fut reconduite jusqu'en 2015.

ORIENTATION 4 : Assurer la place de la prévention à l'intérieur des *continuums* de services				
Objectifs	Activités	Cibles	Indicateurs	Résultats 2010-2011
	Décrire, analyser et diffuser les données sur le diabète et ses déterminants.	Dépôt du document de travail.	Date du dépôt du document de travail.	Dépôt du rapport en avril 2010. La prévalence du diabète tend à augmenter chez les Jamésiens. Le surplus de poids figure parmi les principaux déterminants de cette maladie.
	Produire et diffuser le profil sociodémographique *Nous les Jamésiens*.	Dépôt du rapport.	Date du dépôt du rapport.	Diffusion du rapport à partir de mars 2011. Parmi les faits saillants, on retient que la population est plus jeune que la moyenne québécoise, mais qu'elle vieillit rapidement. La baisse démographique se poursuit et elle est soumise aux aléas de l'activité économique.
4.1.2. Soutenir l'intégration de la prévention dans les services de première ligne.	Soutenir la rédaction des plans d'action ou cadres de référence de chacun des programmes-services.	Retrouver les activités de promotion et de prévention à l'intérieur des plans d'action de chacun des programmes-services d'ici 2015.	Présence du *continuum* dans les documents de référence de chacun des programmes-services.	3 programmes-services. Les programmes-services s'adressant à des clientèles particulières où le continuum de services a été travaillé cette année sont : • Services psychosociaux généraux et santé mentale (cadre de référence); • DP-DI-TED (offre de service); • Jeunes en difficulté (programme de stimulation précoce).
4.1.3 Déployer les stratégies d'action que sont les pratiques cliniques préventives (PCP).	Créer des environnements favorables à l'implantation des PCP par une offre de soutien aux milieux cliniques.	Offre de service aux milieux cliniques.	Bilan des activités réalisées.	Un plan d'action de l'offre de soutien aux milieux cliniques par la DSP a été élaboré au cours de l'année. Il fait présentement l'objet d'une diffusion. Comme outil d'aide à la décision, des fiches descriptives et de priorisation des PCP en santé publique sur chacune des PCP (du PNSP) ont documenté la situation régionale, l'ampleur de la problématique, le potentiel d'aggravation, l'efficacité de l'intervention, les impacts sur l'environnement ainsi que la disponibilité des ressources. Ces fiches conduiront à un exercice de priorisation par l'équipe de santé publique et permettront d'offrir un soutien aux cliniciens pour l'implantation de certaines PCP priorisées.

ORIENTATION 5 : Améliorer l'accès aux services de première ligne dans des délais acceptables et selon des normes de pratiques reconnues efficaces

Objectifs	Activités	Cibles	Indicateurs	Résultats 2010-2011
5.1.1 Assurer l'inscription et la prise en charge des personnes auprès d'un médecin de famille.	Revoir les mécanismes de suivi de clientèle entre les médecins et les médecins itinérants.	• 90 % des demandes en 2015 (priorité 1). • 80 % des demandes en 2015 (priorité 2).	% des demandes aux guichets d'accès de personnes de priorité 1 prises en charge par un médecin de famille dans un délai de 30 jours. % des demandes aux guichets d'accès de personnes de priorité 2 prises en charge par un médecin de famille dans un délai de 90 jours.	**Chapais, Lebel-sur-Quévillon, Matagami et Radisson** : Tous les usagers qui s'adressent au CRSSS de la Baie-James peuvent obtenir un rendez-vous avec un médecin de famille en 3 mois ou moins. **Chibougamau :** Priorité 1 : 83 % des usagers sont pris en charge dans les 30 jours. Priorité 2 : 89 % des usagers sont pris en charge dans les 90 jours. Priorité 3 : 84 % des usagers sont pris en charge dans les 180 jours.
5.1.2 Mettre en place des équipes de soins de première ligne basées sur le modèle de groupe de médecine de famille (GMF).	Soutenir l'implantation du GMF à Chibougamau pour s'assurer qu'il répond aux besoins de la population.	100 % des omnipraticiens qui pratiquent en GMF ou l'équivalent.	% d'omnipraticiens qui pratiquent en GMF ou l'équivalent.	Chibougamau : 100 % des médecins pratiquent en GMF. En 2010-2011, le GMF – Clinique médicale la Grande-Ourse – a consolidé son implantation. Le CRSSS de la Baie-James et le GMF ont d'ailleurs convenu d'une entente permettant d'augmenter le temps de prestation des infirmières cliniciennes à 2 temps complets. Le vendredi 25 mars 2011, le ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Yves Bolduc, a inauguré officiellement le GMF. Il a alors reconnu cette clinique comme une des plus belles cliniques privées du Québec.
5.1.3. Favoriser un modèle équivalent d'organisation médicale intégrée, polyvalente et interdisciplinaire dans le reste de l'établissement.	Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence pour les personnes sur civière.	Au plus 15 % des séjours d'ici 2015. Moins de 1 % des séjours d'ici 2015. 12 heures ou moins.	% des séjours de 24 heures et plus sur civière. % des séjours de 48 heures et plus sur civière. Séjour moyen sur civière.	Le registre des urgences est non disponible au CRSSS de la Baie-James. Une compilation manuelle des patients en observation ou hospitalisés à l'urgence a été instaurée depuis le 26 octobre 2010 au CS de Chibougamau et est transmise à la P-DG. Les données compilées indiquent qu'il y a des hospitalisations à l'urgence quelques jours par période financière et que l'on compte environ 5 à 10 patients en observation à l'urgence par période de 24 heures. Lorsqu'il y a des usagers hospitalisés à l'urgence, soit en attente d'un lit de soins de courte durée, ce débordement s'explique par un taux d'occupation de 100 % des lits au milieu de vie du CS de Chibougamau et des personnes en attente d'hébergement qui occupent des lits de soins de courte durée. La construction du CHSLD à Chibougamau et la réalisation du projet novateur sont des projets qui pourront venir répondre à la demande croissante d'hébergement, et ce, en raison du vieillissement de la population et de l'enracinement dans la communauté. La disponibilité des lits de soins de courte durée et un réaménagement des espaces physiques permettront de résorber la situation.

ORIENTATION 5 : Améliorer l'accès aux services de première ligne dans des délais acceptables et selon des normes de pratiques reconnues efficaces				
Objectifs	**Activités**	**Cibles**	**Indicateurs**	**Résultats 2010-2011**
5.2.1 Mettre en place les orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité, d'efficience dans les programmes généraux et ceux répondant à des problématiques particulières.	**Services psychosociaux généraux** Mettre à jour l'entente de service avec le Service régional Info-Santé et Info-Social Saguenay - Lac-Saint-Jean.	Signature de l'entente.	Date de signature de l'entente.	Une mise à jour de l'entente de service de 2006 avec le Service régional Info-Santé et Info-Social Saguenay - Lac-Saint-Jean a été conclue en mai 2010. Le contenu modifié a permis de préciser certains éléments inclus dans la précédente et aussi de faire l'ajout, à titre d'exemple, du service de réseautage de crise.
	Santé mentale Élaborer un cadre de référence en services psychosociaux généraux et pour les services en santé mentale du CRSSS de la Baie-James.	Dépôt d'un cadre de référence.	Date du dépôt au comité de direction.	Dépôt au comité de direction du 11 janvier 2011. L'élaboration de ce nouveau cadre de référence s'est réalisée en prenant en considération autant les politiques gouvernementales que les réalités localement rencontrées dans la région du Nord-du-Québec. Regroupant les orientations régionales à privilégier et à mettre en œuvre en matière d'organisation et de prestation des services psychosociaux généraux et de santé mentale, ce document vise à doter notre établissement d'une vision commune, afin d'assurer à l'ensemble de la population une accessibilité aux services à proximité de leur milieu de vie. Le tout conformément aux standards de pratique d'accessibilité, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Son implantation dans les centres de santé se poursuivra au cours de l'année de façon progressive.
	Dépendances Former les intervenants du programme dépendances dans l'actualisation du programme-services Dépendances.	Les intervenants psychosociaux et personnel infirmier des programmes-services généraux, dépendances, santé mentale et les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance.	Nombre de personnes formées.	37 personnes formées. Le programme de formation en dépendances a été déployé sur l'ensemble du territoire du CRSSS de la Baie-James. Les professionnels visés sont maintenant habilités à repérer et détecter les personnes aux prises avec un problème de dépendances ou étant à risque de développer une dépendance à l'alcool, aux drogues, aux jeux de hasard et d'argent, et à intervenir précocement auprès de la clientèle. Les évaluations de la formation par les participants sont très satisfaisantes. Cette formation est offerte sur une base continue.
	DI-DP-TED Déployer l'offre de service auprès des intervenants pour les personnes ayant une déficience intellectuelle (DI), un trouble envahissant du développement (TED) ou une déficience physique (DP).	Offre de service.	Dépôt de l'offre de service.	Cette année, le CRSSS de la Baie-James convenait d'une offre de service dans les programmes DP-DI-TED. L'offre de service sera implantée en 2011-2012. Nous avons des outils validés et standardisés pour remplir notre mandat en fonction des meilleures pratiques. Des formations ont également été offertes aux intervenants des quatre centres de santé concernés afin de mieux connaître les caractéristiques et les besoins de la clientèle de ces programmes.

ORIENTATION 5 : Améliorer l'accès aux services de première ligne dans des délais acceptables et selon des normes de pratiques reconnues efficaces				
Objectifs	Activités	Cibles	Indicateurs	Résultats 2010-2011
	Actualiser le *Plan régional de l'amélioration de l'accès et de la continuité* (PRAAC) afin d'assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis.	Bilan au 31 mars 2011.	Bilan de l'actualisation du PRAAC.	Dépôt du bilan le 17 juin 2011. Dans le cadre du PRAAC, notre liste d'attente antérieure au plan d'accès est résorbée à 97 %. Les travaux se poursuivent conformément à nos engagements auprès du ministère.
	Mettre à niveau le cadre de référence des programmes aux personnes handicapées.	Dépôt du cadre de référence.	Date du dépôt du cadre de référence.	Adoption au conseil d'administration du 4 mai 2010. Il s'agit d'une mise à jour du cadre de référence pour soutenir l'évaluation globale des besoins de la clientèle et la prestation des services par les intervenants.
	Jeunes en difficulté Mettre à jour l'état de situation à l'égard du déploiement de l'offre de service Jeunes en difficulté.	Mise à jour de l'état de situation.	État de situation par centre de santé.	Secteur est complété : des rencontres ont eu lieu avec les intervenants et gestionnaires des centres de santé et quelques-uns du centre jeunesse du secteur est afin de procéder à un état de situation du déploiement de l'offre de service du programme Jeunes en difficultés. Ce portrait sera complété avec le secteur ouest au cours de la prochaine année. Un plan d'action par centre de santé sera rédigé afin de convenir du déploiement de l'offre de service.
	Implanter un service de stimulation et d'intervention précoce.	4 installations du CRSSS de la Baie-James.	Nombre d'installations offrant le service de stimulation et d'intervention précoce.	4 installations offrent le service. Afin d'harmoniser les pratiques dans chacun des centres de santé, un programme de stimulation et d'intervention précoce a été mis sur pied. Les enfants ayant un retard de développement ou un diagnostic DI, TED ou DP pourront ainsi bénéficier d'une approche validée via l'outil EIS (évaluation, intervention, suivi).
	Développer une ressource régionale en tant que spécialiste en activités cliniques au service de stimulation et d'intervention précoce.	1 ETC.	Date d'entrée en fonction.	Entrée en fonction de la ressource en mai 2010. Ce service s'adresse aux enfants de 0 à 6 ans qui présentent ou qui sont à risque de présenter un retard global ou grave de développement, aux enfants qui ont une déficience intellectuelle, un trouble envahissant du développement ou une déficience physique, et ce, dans leur milieu de vie naturel.
	Mettre en place un comité intersectoriel visant une meilleure intégration scolaire des enfants.	Inventorier les services offerts.	Liste des services offerts.	Tableau des activités auprès de la clientèle de la petite enfance : secteur Chibougamau. À la demande du milieu scolaire primaire de Chibougamau, le Comité d'action pour une meilleure intégration scolaire (CAMIS) a été mis en place en juin 2010, regroupant divers partenaires. L'objectif est de collaborer pour bonifier les services existants afin de prévenir les difficultés d'intégration

ORIENTATION 5 : Améliorer l'accès aux services de première ligne dans des délais acceptables et selon des normes de pratiques reconnues efficaces				
Objectifs	Activités	Cibles	Indicateurs	Résultats 2010-2011
				scolaire et identifier le plus tôt possible les enfants ayant besoin de soutien. Un inventaire des services offerts par chacun des collaborateurs a été produit. Cet inventaire devrait permettre d'identifier des pistes d'amélioration.
	Services sociaux (multiprogrammes) Former les divers intervenants sur l'application des plans de services individualisés (PSI) et intersectoriels (PSII).	100 % des intervenants psychosociaux formés.	% d'intervenants formés.	100 % Pour faciliter la planification des périodes de transition, un aide-mémoire fut intégré au canevas du PSI. Cette planification est un standard de continuité du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience.
	Maladies chroniques Favoriser l'autogestion et la réadaptation des personnes atteintes de maladies chroniques dans un continuum de soins.	5 CS où est assuré un suivi systématisé visant l'autogestion et la réadaptation des personnes atteintes de maladies chroniques d'ici 2015.	Nombre de CS où est assuré un suivi systématisé visant l'autogestion et la réadaptation des personnes atteintes de maladies chroniques : • Diabète; • Insuffisance cardiaque; • Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC); • Asthme; • Hypertension.	2 CS où est assuré un suivi systématisé visant l'autogestion et la réadaptation des personnes atteintes de diabète (Chibougamau et Lebel-sur-Quévillon). 4 centres d'enseignement sur l'asthme/MPOC (Chibougamau, Chapais, Lebel-sur-Quévillon et Matagami). L'implantation du *Cadre de référence du Nord-du-Québec pour les maladies chroniques* s'est poursuivie afin de viser une gestion optimale de celles-ci. Il y a eu la mise en place d'un centre de formation pour personnes diabétiques au Centre de santé de Chibougamau avec les réalisations suivantes : • Conception d'un modèle de prestation de soins et de services. • Rencontre d'un premier groupe à l'automne 2010, pour un total de 4 groupes pour personnes diabétiques au CS de Chibougamau. De plus, il y eut la mise en place d'un programme d'activités physiques pour les personnes à risque de développer une maladie chronique (3 facteurs de risques ou plus ou avec syndrome métabolique) et pour les personnes atteintes (Chibougamau et Lebel-sur-Quévillon).
	Former le personnel infirmier de la région sur l'enseignement aux personnes diabétiques.	100 % du personnel infirmier.	% du personnel infirmier formé.	53 % du personnel infirmier formé. La formation a été complétée dans deux centres de santé. Elle se poursuivra au cours de la prochaine année afin de pouvoir rejoindre l'ensemble du personnel concerné.

ORIENTATION 5 : Améliorer l'accès aux services de première ligne dans des délais acceptables et selon des normes de pratiques reconnues efficaces				
Objectifs	Activités	Cibles	Indicateurs	Résultats 2010-2011
	Lutte contre le cancer Former les équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer et de soins palliatifs.	4 équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer et de soins palliatifs.	Nombre d'équipes formées.	4 équipes interdisciplinaires formées en plus des gestionnaires dans tous les centres de santé concernés. L'objectif de cette formation est de mettre en place un réseau de services intégrés et hiérarchisés, basé sur des équipes interdisciplinaires.
5.2.2 Assurer un suivi systématique, interdisciplinaire, hiérarchisé, intégré, inter-programme-service et intersectoriel pour toutes les clientèles.	Impliquer les gestionnaires et le personnel infirmier dans l'application du concept, formation sur l'approche : *l'usager expert de sa santé*. (modèle McGill).	50 % du personnel infirmier en 2010-2011.	% du personnel visé par la formation.	51 % des infirmières et infirmières auxiliaires formées. 43 % des chefs de programmes et services en soins infirmiers formés. La formation se poursuit ainsi que le déploiement de l'application de ce modèle afin de rejoindre l'ensemble du personnel au cours de la prochaine année.
	Favoriser l'embauche d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne.	2 postes comblés au sein de l'établissement.	Nombre d'infirmières spécialisées à l'emploi du CRSSS de la Baie-James.	Une entente a été conclue entre les médecins du groupe de médecine de famille (GMF) La Grande Ourse, l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et le CRSSS de la Baie-James. Cet ajout de ressource s'inscrit dans le cadre législatif modifiant le Code des professions, elle pourra effectuer des activités médicales à condition de posséder un certificat de spécialiste délivré par l'OIIQ et être habilitée par le CMQ. La première infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne sera en poste à compter du 15 août 2011.

ORIENTATION 6 : Faciliter l'accès et l'arrimage aux services de deuxième et troisième ligne lorsque requis				
Objectifs	Activités	Cibles	Indicateurs	Résultats 2010-2011
6.1.1 Assurer l'accès aux services médicaux et hospitaliers dans les délais acceptables.	Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans un délai de 6 mois.	90 % des personnes traitées dans les délais prescrits.	Taux de personnes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de 6 mois pour : • Une chirurgie d'un jour; • Une chirurgie avec hospitalisation.	336 chirurgies d'un jour réalisées ou 92,8 % des chirurgies d'un jour électives réalisées à l'intérieur de 6 mois. 174 chirurgies avec hospitalisations réalisées ou 97,9 % des chirurgies avec hospitalisations électives réalisées à l'intérieur de 6 mois. Des rapports sont présentés périodiquement au Ministère et au conseil d'administration pour rendre compte de l'efficacité du mécanisme central de gestion de l'accès aux services spécialisés.
6.1.2 Arrimer les services de première ligne et les services spécialisés de façon à actualiser les mécanismes d'accès, de référence et de rétroaction aux services de consultation spécialisée.	Soutenir les déplacements et l'hébergement lorsque la clientèle est dirigée en 2e ligne à l'extérieur (particularités nordiques).	Mise à jour de la politique.	Adoption de la politique de déplacements des usagers.	Adoption de la politique le 15 mars 2011. La présente politique vise à soutenir financièrement les usagers dans certaines situations où ils doivent se déplacer pour recevoir des services de santé qui ne sont pas disponibles localement. Elle vient préciser les situations applicables, conditions d'admissibilité, responsabilités de paiement et les modalités d'aide aux déplacements des usagers.
6.2.1 Établir, en s'appuyant sur les RUIS, les corridors d'accès aux services spécialisés et surspécialisés requis par la population.	Formaliser des ententes avec des équipes de médecins spécialistes ou avec des établissements.	Développer de nouveaux services médicaux spécialisés par la télésanté dans chacun des deux territoires de RUIS.	Nombre de corridors bidirectionnels formels, établis par territoire de RUIS.	2 territoires de RUIS. Participation aux comités télésanté du RUIS McGill et du RUIS Laval. Signature de la Convention pour l'engagement des parties dans l'implantation du Centre virtuel des services de santé et de services sociaux (CvSSS) avec le RUIS McGill.
	Accroître la disponibilité du service d'imagerie médicale du CS de Chibougamau.	Augmentation des heures d'ouverture.	Nouvel horaire.	Le service est maintenant offert du lundi au vendredi de 8 h à minuit et de 8 h à 16 h le samedi et le dimanche et les jours fériés. Au cours des dernières années, ce service s'est doté d'équipements de pointe permettant d'effectuer la grande majorité des examens dans un environnement virtuel. Le nouvel horaire permet d'augmenter l'accessibilité et ainsi mieux répondre aux besoins de la clientèle. Une équipe de trois médecins-radiologistes offre des services au CS de Chibougamau toutes les deux semaines. Pour les examens urgents, des services à distance sont disponibles.

ORIENTATION 7 : Consolider les services à domicile et dans les milieux de vie dans un souci d'accessibilité, de proximité, de continuité des services et de pérennité des ressources				
Objectifs	**Activités**	**Cibles**	**Indicateurs**	**Résultats 2010-2011**
7.1.1 Ajuster l'offre de service de soutien à domicile pour l'ensemble des clientèles susceptibles de requérir ces services, incluant les familles et les proches aidants, selon les profils de besoins, les milieux de vie et en précisant les modalités de contribution des usagers.	Restructurer le centre de prêts des aides techniques.	100% des centres de santé visés.	Degré d'implantation.	100 % complété. Afin de favoriser le partage d'équipement entre les centres de santé, l'établissement s'est doté d'un système d'information commun à partir d'I-CLSC. Ainsi, nous pouvons assurer avec plus de facilité le suivi des prêts d'équipements et l'entretien préventif.
7.2.1 Assurer une offre de service de soutien à domicile de longue durée pour s'adapter à l'augmentation des besoins de l'ensemble des clientèles, y compris les familles et les proches aidants.	Conclure des ententes de services avec les entreprises d'économie sociale, les organismes communautaires et autres partenaires.	1 entente.	Date de signature de l'entente.	26 avril 2010. Une entente avec l'entreprise d'économie sociale en aide domestique *La Couvée* a été conclue avec le CRSSS de la Baie-James. Cette entente vise à offrir des services réguliers ou occasionnels pour assurer l'accomplissement des tâches domestiques habituellement effectuées dans un domicile, par exemple l'entretien ménager, la préparation des repas, le soutien civique, l'approvisionnement, etc.
	Mettre en place le projet novateur incluant 2 places d'hébergement temporaire à des fins de répit, 4 places de soins post-hospitaliers à des fins de réadaptation et de convalescence ainsi qu'une place en soins palliatifs de fin de vie.	6 places.	État d'avancement.	Le projet novateur vise, dans une première phase, à créer de nouvelles places d'hébergement en réponse à une clientèle en grande perte d'autonomie, traditionnellement orientée vers l'hébergement institutionnel en CHSLD (voir 10.2.1). Un appel d'offres auprès de promoteurs a été lancé en avril 2010. Un seul promoteur y a répondu. L'analyse des coûts a fait en sorte de disqualifier le promoteur. Le projet est présentement en révision pour trouver des solutions différentes.

ORIENTATION 8 : Offrir un réseau intégré de services entourant la chaîne préhospitalière d'urgence				
Objectifs	Activités	Cibles	Indicateurs	Résultats 2010-2011
8.1.1 Assurer et soutenir le déploiement régional de services de premiers répondants.	Consolider le réseau des premiers répondants.	Rendre disponible le service dans 5 des 7 communautés jamésiennes.	Nombre et nature des ententes conclues.	2 ententes conclues. Le service de premiers répondants est offert à Matagami et Radisson via des ententes conclues avec l'OBNL Préhos-Experts pour trois ans dans chacune de ces communautés. Le maintien des compétences est assuré par l'organisme depuis mai 2010, lequel a formé 8 premiers répondants à Matagami et 4 à Radisson. Un investissement de 15 000 $ additionnel a permis d'adapter le véhicule d'urgence du service de premiers répondants du kilomètre 381 de la route de la Baie-James, entre Matagami et Radisson, afin de le rendre polyvalent avec l'ajout de pinces de décarcération.
8.1.2 Contribuer à la formation de premiers intervenants aptes à intervenir avant l'arrivée des premiers répondants ou des techniciens ambulanciers paramédics.	Poursuivre la sensibilisation dans les milieux scolaires, de travail et autres lieux publics.	Primaire : Élèves de niveau : maternelle, 2e, 4e, et 6e année. Secondaire : Élèves de 3e secondaire.	Nombre d'élèves formés.	536 élèves formés. Le programme de secourisme en milieu scolaire a été mis en place dans la région en 2005-2006. Depuis, toutes les écoles de la région y participent à l'exception de Radisson. Le contenu est progressif et adapté au niveau des étudiants rencontrés. En 2010-2011, 401 élèves dans les écoles primaires de la région et 135 élèves des écoles secondaires de la région ont été formés pour un total de 536 élèves. Ce volet vise à répondre à la cible de 15 % de la population formée en RCR ou premiers soins.

ENJEU 3 – L'adaptation des services de santé et des services sociaux aux besoins d'une population vieillissante

ORIENTATION 9 : Maximiser ou maintenir le potentiel des personnes vieillissantes par une action intersectorielle				
Objectifs	Activités	Cibles	Indicateurs	Résultats 2010-2011
9.1.1 Augmenter les activités de promotion et prévention chez les personnes vieillissantes ou en devenir.	Démarrer le programme de prévention des chutes chez la clientèle en soutien à domicile, Intervention multifactorielle personnalisée (IMP).	20 clients.	Nombre de clients.	11 clients. Le déploiement de ce programme est réalisé dans le secteur est. En raison d'un poste vacant dans le secteur ouest, le programme n'est pas en mesure de répondre à la totalité de la clientèle ciblée; d'où un résultat inférieur à la cible.
9.1.2 S'impliquer comme partenaire afin de briser l'isolement des aînés, reconnaître le rôle social des aînés et favoriser les liens intergénérationnels.	Participer au comité de travail sur l'entente spécifique des aînés visant l'adaptation des services et infrastructures régionales pour l'amélioration des conditions de vie des personnes aînées dans la région du Nord-du-Québec 2007-2017.	Contribution du CRSSS de la Baie-James à la réalisation de projets porteurs pour les aînés.	Nombre de projets réalisés où le CRSSS de la Baie-James est partenaire.	Le CRSSS de la Baie-James a choisi de devenir partenaire afin de convenir d'objectifs et de projets communs visant la meilleure contribution des personnes aînées à leur communauté par la conception ou le soutien de projets améliorant leur condition de vie et favorisant leur participation au développement de leur communauté. Certains projets sont à l'étape de l'étude de faisabilité tels la télésurveillance et le programme PAIR auprès des aînés.

ORIENTATION 10 : Maintenir une juste adéquation entre les besoins de la population vieillissante et l'offre de service				
Objectifs	Activités	Cibles	Indicateurs	Résultats 2010-2011
10.1.1 Favoriser l'adoption de pratiques organisationnelles et cliniques adaptées aux personnes âgées	Mettre en place les 4 préalables à l'approche adaptée à la personne âgée : • Outil repérage à l'urgence; • Mécanisme suivi repérage positif; • Intervenant pivot; • Programme marche urgence et courte durée.	100 % des CS ayant mis en place la majorité des composantes de l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier d'ici 2011-2012.	Taux des CS ayant mis en place la majorité des composantes de l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier.	0 % ou 0/3. Les préalables sont en place de façon informelle à l'exception de l'application du programme de marche à l'urgence qui n'est pas débuté. L'année 2011-2012 servira à consolider l'implantation des préalables de l'approche au sein du CRSSS de la Baie-James.
	Former les formateurs sur l'approche relationnelle de soins.	7 formateurs.	Nombre de formateurs formés.	7 formateurs formés. La formation auprès du personnel infirmier se fera au cours de l'année 2011-2012. Cette approche consiste à améliorer les conditions d'exécution des tâches de soins au plan physique et psychologique, à améliorer la participation des soignants à la réadaptation des clients et à appliquer les règles de l'art d'exécution des soins infirmiers.
10.2.1 Diversifier les formules d'hébergement pour la clientèle des personnes vieillissantes.	Mettre en place le projet novateur pour des places d'hébergement en réponse à une clientèle en grande perte d'autonomie, traditionnellement orientée vers l'hébergement institutionnel en CHSLD.	10 places.	État d'avancement.	Le projet novateur, en plus de répondre aux besoins des personnes vieillissantes, inclut d'autres types de places (voir 7.3.1). Un appel d'offres auprès de promoteurs a été lancé en avril 2010. Un seul promoteur y a répondu. L'analyse des coûts a fait en sorte de disqualifier le promoteur. Le projet est présentement en révision pour trouver des solutions différentes.
	Relocaliser le CHSLD et y intégrer le centre de jour.	Relocalisation des 18 places et ajout de 6 lits.	État d'avancement.	Le projet de relocalisation des places du milieu de vie en soins de longue durée et de l'intégration d'un centre de jour a été autorisé par le Ministère en cours d'année. La Corporation d'hébergement du Québec (CHQ) a été mandatée pour la gestion du projet et prévoit une construction d'ici 24 à 36 mois. Le projet est passé de la phase du Plan fonctionnel et technique avec les architectes à celle de conception.

ORIENTATION 10 : Maintenir une juste adéquation entre les besoins de la population vieillissante et l'offre de service

Objectifs	Activités	Cibles	Indicateurs	Résultats 2010-2011
10.3.1 Mettre en place des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie (RSIPA) liée au vieillissement concernant les services de soutien à domicile et les ressources résidentielles de proximité.	Poursuivre l'implantation du RSIPA.	70 % cible régionale. 55 % d'implantation à l'échelle du Québec d'ici 2015.	Taux régional d'implantation RSIPA.	19,41 % Le bilan régional du déploiement des composantes de la solution informatique pour les services offerts aux personnes âgées (65 ans et plus SAD) s'est terminé le 9 septembre 2010. Depuis, nous sommes dans la mise en production de l'application. Le personnel ciblé a maintenant la possibilité d'avoir accès à la solution informatique afin de compléter l'OEMC, le PRISMA-7 et le profil ISO-SMAF. 42 intervenants ont été rejoints par la formation RSIPA. Le continuum des formations sera assuré par les formateurs régionaux de l'est et de l'ouest. Les autres composantes du RSIPA sont à implanter, nous visons un pourcentage d'implantation augmentant à 30 % pour l'année 2011-2012.

ORIENTATION 11 : Soutenir les aînés et leurs proches aidants

Objectifs	Activités	Cibles	Indicateurs	Résultats 2010-2011
11.1.1 Soutenir les proches aidants, les familles et l'entourage des clientèles ayant des incapacités attribuables à un problème lié au vieillissement afin qu'ils puissent assumer leurs responsabilités spécifiques envers leurs proches tout en poursuivant leurs activités et tout en pouvant évoluer dans les mêmes conditions que les autres familles.	Soutenir les proches aidants des clientèles Alzheimer et troubles cognitifs connexes.	Entente Société Alzheimer Sagamie pour secteur est. Entente Société Alzheimer Rouyn-Noranda pour secteur ouest, d'ici 2015, selon les besoins.	Nombre d'ententes signées.	1 entente pour le secteur est a été conclue avec la Société Alzheimer Sagamie le 1er juillet 2010. L'objet de cette entente de service vise à offrir un accès à des services de répit-accompagnement de courte durée à la population du territoire desservi par les CS concernés, soit les proches aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une affection apparentée. Ces services sont offerts par l'entreprise d'économie sociale en soutien à domicile (EESAD) dont les accompagnateurs seront formés et soutenus par la Société Alzheimer Sagamie.

ENJEU 4 – La qualité des services et l'innovation

ORIENTATION 12 : Instaurer une culture de gestion intégrée de la qualité qui permet d'assurer la qualité et la sécurité des soins et des services

Objectifs	Activités	Cibles	Indicateurs	Résultats 2010-2011
12.1.1 Donner une vision intégratrice de gestion de la qualité.	Élaborer un cadre de gestion intégrée de la qualité.	Développer un langage commun et une vision intégratrice de la qualité.	Dépôt du *Cadre régional de gestion intégrée de la qualité*.	Le *Cadre de gestion intégrée de la qualité* a été adopté au conseil d'administration du 16 mars 2010. La diffusion en a été assurée lors de différents événements ayant eu lieu dans l'établissement, auprès des gestionnaires, des employés et des médecins.
	Mettre en œuvre le plan de travail du comité régional d'éthique clinique.	100 % des demandes.	% de demandes traitées.	Toutes les demandes (100 %) ont été traitées en vue d'accompagner et de soutenir une réflexion éthique pour les professionnels impliqués. Le comité siège à huis-clos.
12.1.2 Harmoniser les différents mécanismes d'évaluation et d'appréciation de la qualité et de la gestion des risques en intégrant les normes d'agrément.	Élaborer des plans d'amélioration de la qualité.	Conformité à toutes les normes d'Agrément Canada et aux pratiques organisationnelles requises (POR). 100 % POR. 70 % des critères par normes.	Proportion de POR conformes. Nombre de critères conformes par normes.	La visite supplémentaire de septembre 2010 ayant permis de se conformer à 37 critères de normes sur 40, nous avons reçu confirmation du maintien de notre accréditation. Concernant la démarche 2011, les équipes ont rempli des auto-évaluations portant sur 28 normes différentes d'agrément touchant tous les secteurs de l'établissement, du conseil d'administration et du comité de direction incluant les médecins et les employés. Les plans montrent que « les activités reliées à l'amélioration des soins et des services ainsi que la prestation sécuritaire dans un environnement propice sont intégrées aux activités et comités réguliers de l'organisme ».
	Distribuer le sondage sur la satisfaction de la clientèle à la fin de la prestation des services.	Remise du questionnaire aux usagers à la fin de la prestation de services.	Nombre d'usagers rejoints.	257 usagers ont rempli le questionnaire en 2010. Analyse des réponses aux questionnaires et diffusion des résultats faits. Les résultats indiquent un taux de 97 % de satisfaction en général (toujours et souvent).
	Évaluer la satisfaction des usagers dans le cadre de la démarche d'agrément.	Usagers ayant reçu des services dans les 12 derniers mois.	Nombre de répondants.	607 répondants. La limite inférieure du résultat de l'établissement se situe au-dessus de la limite supérieure du comparatif ainsi, le CRSSS de la Baie-James se situe dans la zone d'excellence en ce qui concerne la dimension *organisation des services*. La clientèle est moyennement satisfaite en ce qui concerne les dimensions de la relation avec le client et la prestation professionnelle. Il faut donc maintenir ou consolider ces indicateurs de satisfaction. Ce résultat nous situe dans la zone de comparaison d'établissements similaires.
		50 % des employés ayant rempli le questionnaire.	Taux d'employés ayant rempli le questionnaire.	40 % des employés ont rempli le questionnaire. Les résultats obtenus situent le CRSSS de la Baie-James dans la zone de comparaison d'établissements similaires quant à la mobilisation du personnel.

ORIENTATION 12 : Instaurer une culture de gestion intégrée de la qualité qui permet d'assurer la qualité et la sécurité des soins et des services

Objectifs	Activités	Cibles	Indicateurs	Résultats 2010-2011
	Tenir un sondage sur la culture de la sécurité auprès des équipes internes du CRSSS de la Baie-James.	Implanter une culture de sécurité.	Nombre de questionnaires remplis.	1 084 questionnaires remplis. Le sondage sur la culture de sécurité a été rempli par les équipes des différents départements de l'établissement en juin et juillet 2010. Les résultats démontrent que le CRSSS de la Baie-James a développé une culture de sécurité. Le personnel démontre une note globale sur la sécurité des patients de 97,3 % au sein de son équipe, et de 94,5 % au sein de l'ensemble de l'établissement (excellent, très bon et bon).
	Améliorer la gestion des incidents-accidents dans le cadre de la prestation sécuritaire de soins et de services.	100 % des déclarations analysées.	Nombre de déclarations analysées et le suivi fait.	1 081 déclarations. On note une augmentation de 3 % de la déclaration des incidents-accidents dans le système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS) par rapport à 2009-2010. 100 % des déclarations font l'objet d'une analyse sommaire par le gestionnaire responsable du département et 100 % des événements font l'objet d'une analyse approfondie, et ce, en temps opportun. Ces événements représentent un accident qui est survenu et est à l'origine d'une conséquence temporaire qui a nécessité des soins ou des traitements spécialisés avec ou sans hospitalisation ou prolongation de l'hospitalisation. Les principaux risques d'incidents-accidents ont trait aux chutes et aux événements reliés à la médication. Enfin, on note une diminution importante des événements reliés à l'identité de l'usager. Les travaux entourant la double identification des usagers en tant que pratique organisationnelle requise dans le cadre de l'agrément ont contribué à cette diminution. Afin d'améliorer la qualité des données mises au portail SISSS, l'évaluation des contenus des rapports statistiques d'incidents-accidents a conduit à une centralisation de la saisie des formulaires. Ainsi, les bonnes catégories sont utilisées et l'échelle de gravité mieux appliquée afin d'offrir un portrait plus juste des événements survenus dans l'établissement et cela, dans les délais opportuns.
12.1.3 Soutenir le programme de prévention des infections et les équipes en hygiène et salubrité.	Gérer les éclosions de ERV.	Maintenir un taux 0.	Nombre d'éclosions.	Les deux éclosions ont permis d'améliorer nos installations et nos processus de confinement. Nous avons également profité de la situation pour sensibiliser de nouveau le personnel et les usagers sur les pratiques de base et précautions additionnelles.
	Actualiser les travaux de la table régionale en prévention des infections.	4 rencontres par année.	Nombre de rencontres tenues dans l'année.	4 rencontres tenues dans l'année.

ORIENTATION 12 : Instaurer une culture de gestion intégrée de la qualité qui permet d'assurer la qualité et la sécurité des soins et des services				
Objectifs	Activités	Cibles	Indicateurs	Résultats 2010-2011
	Former en continu le personnel infirmier sur les pratiques de base et précautions additionnelles.	Infirmières, infirmières auxiliaires et préposées aux bénéficiaires.	Nombre de personnes formées.	133 personnes ont été formées.
12.1.4 Assurer la sécurité des actifs informationnels.	Sensibiliser le personnel sur la sécurité des actifs informationnels.	100 % du personnel sensibilisé.	Taux du personnel sensibilisé. Nombre de personnes ayant signé le formulaire d'allégeance et de confidentialité.	100 % du personnel nouvellement recruté est sensibilisé et signe le formulaire d'allégeance et de confidentialité. Ce processus se fait en continu dès l'embauche d'un nouvel employé depuis plusieurs années. Cependant, le processus a été revu et normalisé afin d'intégrer tous les aspects relatifs à la sécurité informationnelle.
	Implanter la gestion intégrée des profils et des accès.	Optimisation des processus.	Bilan d'implantation.	Un nouveau processus de gestion intégrée des profils et des codes d'accès est en implantation afin de : • Simplifier le processus de gestion de l'identité et des profils; • Diminuer les délais de gestion des privilèges; • Standardiser les façons de faire; • Accroître la sécurité des actifs informationnels.
12.1.5 Offrir un environnement sécuritaire et fonctionnel aux patients et au personnel du CRSSS de la Baie-James.	Implanter le cadre de référence des mesures de contrôle afin de réduire au minimum l'utilisation de la contention physique et l'isolement.	100 % du personnel formé.	Taux de personnel formé.	66 % du personnel concerné a été formé. Par catégorie d'emploi, la proportion du personnel formé atteint : • 83% chez les infirmiers et infirmières; • 100% des ergothérapeutes; • 75% des physiothérapeutes; • 3% des médecins. Les médecins auront une séance de sensibilisation en juin 2011, ce qui permettra d'accroître le résultat.
	Établir les ordonnances collectives et réviser les protocoles médicaux.	Réponse aux besoins.	Nombre et liste d'ordonnances et de protocoles réalisés.	3 ordonnances collectives. 4 protocoles médicaux. 1 protocole et 8 formulaires infirmiers. 1 recueil comportant les règles de soins et guides en soins infirmiers.

ORIENTATION 12 : Instaurer une culture de gestion intégrée de la qualité qui permet d'assurer la qualité et la sécurité des soins et des services

Objectifs	Activités	Cibles	Indicateurs	Résultats 2010-2011
	Poursuivre le *Programme AMPRO* et finaliser la rédaction des documents en obstétrique.	Poursuite de l'adhésion au *Programme AMPRO*.	Bilan d'implantation du *Programme AMPRO*.	Le CRSSS de la Baie-James a respecté les exigences demandées dans le programme AMPRO (ateliers, exercices, lecture, formation, etc.). Des documents ont été produits : guide de préparation pour césarienne élective et urgente, suivi standard du nouveau-né et ordonnances collectives.
	Former le personnel concerné par la thérapie intraveineuse.	• Former 100 % des infirmières auxiliaires; • Avoir réalisé 3 pratiques supervisées par une infirmière; Recevoir l'attestation de l'OIIAQ.	Taux d'infirmières auxiliaires formées.	Taux de formation 89 %. Toutes les personnes ayant été formées et qui ont réalisé les trois pratiques supervisées par une infirmière ont reçu leur attestation.
	Former le personnel par une mise à niveau de la pratique transfusionnelle.	100 % du personnel visé formé.	Taux de personnes formées.	Taux de formation 50 %. Les résultats disponibles par centre de santé montrent que la formation a été complétée dans deux endroits. La difficulté de libérer le personnel infirmier est une des principales raisons expliquant le pourcentage obtenu.
	Mettre en place le protocole sur la transfusion massive pour le CS de Chibougamau.	Former le personnel : • Transfuseurs : 16 présentations; • Transporteurs : 4 présentations.	Nombre de personnes formées.	51 professionnels formés (infirmières et inhalothérapeutes). 31 préposés aux bénéficiaires et préposés au transport. De plus, 8 formulaires-algorithmes ont été développés comme outils soutenant les pratiques de transfusion massive.
	Appliquer les nouvelles techniques de travail entourant les préparations stériles.	100% du personnel à la pharmacie et à l'entretien ménager appliquent ces techniques.	% du personnel à la pharmacie et à l'entretien ménager qui appliquent ces techniques.	100 % du personnel à la pharmacie et à l'entretien ménager appliquent ces techniques.
	Mettre à jour les plans locaux de sécurité civile – mission santé.	5 centres de santé annuellement selon les meilleures pratiques.	Nombre de centres de santé ayant révisé les plans locaux de sécurité civile – mission santé.	3/5 Tous les centres de santé disposent d'un plan local de sécurité civile.

ORIENTATION 12 : Instaurer une culture de gestion intégrée de la qualité qui permet d'assurer la qualité et la sécurité des soins et des services

Objectifs	Activités	Cibles	Indicateurs	Résultats 2010-2011
	Implanter le programme d'entretien préventif des équipements.	10 % en 2010-2011.	Taux d'intervention en entretien préventif.	21 %. Entre 2009-2010 et 2010-2011, le taux d'intervention en entretien préventif est passé de 4 % à 21 %. L'implantation de l'outil de gestion informatisé des travaux d'entretien a permis de recentrer les activités sur cette priorité. Un premier audit visant à encadrer les pratiques d'entretien dans les installations du secteur ouest a été réalisé cette année.
	Mettre en place le programme de sécurité machine.	100 % des risques prioritaires.	Degré de réalisation.	100 % des travaux complétés pour les risques prioritaires.
	Réactualiser le programme de gestion des matières dangereuses.	11 formateurs.	Nombre de personnes formées.	11 personnes formées (formateurs). À la suite des recommandations de la Commission sur la santé et la sécurité au travail (CSST), un vaste programme de réactualisation de la gestion du système d'information sur les matières dangereuses (SIMDUT) a été effectué.

ORIENTATION 13 : Poursuivre le développement de la télésanté, des systèmes d'information et des infrastructures nécessaires au soutien des réseaux intégrés de services				
Objectifs	Activités	Cibles	Indicateurs	Résultats 2010-2011
13.1.1 Améliorer la performance de l'infrastructure de réseautique et poursuivre le développement de la télésanté.	Implanter le Réseau intégré de télécommunication multimédia (RITM).	Intégration du RTSS et du RITM.	Taux d'implantation du RITM.	100 % des installations. Complété au 30 décembre 2010.
13.1.2 Soutenir l'utilisation des dossiers/usagers électroniques dans les cliniques médicales et des dossiers informatisés dans l'établissement.	Soutenir l'implantation du dossier médical électronique au sein du GMF.	Entente de service.	Signature d'une entente de service le 11 juin 2010. Taux de médecins de famille qui utilisent une solution informatique de Dossier médical électronique (DME).	Le contrat engage le CRSSS de la Baie-James à offrir le soutien de première ligne aux utilisateurs ainsi que l'entretien et le remplacement des actifs informationnels lorsque rendus nécessaires au bon fonctionnement du GMF. 100 % des médecins du GMF ont accès au DME. 100 % médecins ont accès aux résultats de laboratoire informatisés (CORTEX) et aux résultats d'imagerie diagnostique (SYNAPSE) à partir du GMF.

ENJEU 5 – L'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines

ORIENTATION 14 : Être reconnue comme une organisation moderne et stimulante				
Objectifs	Activités	Cibles	Indicateurs	Résultats 2010-2011
14.1.1 Développer le sentiment d'appartenance au sein de l'établissement et de son milieu.	Poursuivre le programme de reconnaissance des années de services ainsi que de la reconnaissance de la contribution particulière.	Mettre en place toutes les composantes du programme de reconnaissance.	Activités de reconnaissance tenues.	Le programme de reconnaissance instauré en 2007 se poursuit. D'une part, il souligne les années de service pour tout le personnel (5 ans, 10 ans, 15 ans, etc.). De plus, une première édition du prix d'excellence a été réalisé le 10 mai 2010 couronnant les contributions exceptionnelles dans les catégories : administratif et de soutien, clinique, santé et sécurité du travail et mobilisation. Enfin, le mois de la reconnaissance, dans une quatrième édition, complète le programme.
14.1.2 Mobiliser le personnel et ses partenaires à la mise en œuvre de mesures pour améliorer le climat de travail et pour favoriser la santé et le bien-être.	Poursuivre l'approche paritaire dans le développement de recherche de solutions en soins infirmiers.	1 comité paritaire et 7 sous-comités.	Nombre de groupes ayant amorcé une démarche d'analyse.	Les 7 sous-comités paritaires en soins infirmiers ont tous participé à la démarche sous la vigie du comité paritaire. Ce modèle a été une expérience très positive à reproduire au besoin.
	Poursuivre la démarche d'accréditation « Entreprise en santé ».	Obtenir la certification du Bureau de normalisation du Québec (BNQ) 18-24 mois après l'analyse des résultats.	Taux de participation des employés au sondage.	Taux de participation 72 %. La démarche conduisant à l'accréditation d'Entreprise en santé a été démarrée en avril 2010 avec la tenue d'un sondage et de groupes de discussion auprès des employés afin de connaître leurs besoins. Le taux de participation fut très élevé, atteignant 72 %. Les résultats mettent en évidence 4 priorités : la demande psychologique, la gestion du rendement, les saines habitudes de vie (alimentation, activité physique et tabagisme) et la reconnaissance. Un montant non récurrent de 100 000 $ a été attribué à ce projet sur trois ans. Des groupes de discussions ont été créés afin d'approfondir les résultats du sondage et surtout identifier des pistes d'amélioration et constituer le plan d'action 2011-2012 touchant la santé et le mieux-être. Ce plan a été accepté par la direction générale et déposé pour information au conseil d'administration du 7 juin 2011.

ORIENTATION 14 : Être reconnue comme une organisation moderne et stimulante				
Objectifs	Activités	Cibles	Indicateurs	Résultats 2010-2011
14.1.3 Se doter de mécanismes de révision des processus de travail et de réorganisation du travail pour tous les types de services visant une utilisation optimale des compétences du personnel.	Mettre en place un projet d'optimisation dans le secteur est, lequel consiste en une réorganisation du travail en santé mentale et en dépendances.	1 chargé de projet.	Entrée en fonction du chargé de projet.	Le projet d'optimisation a débuté en janvier 2011 dans le secteur est par l'arrivée d'une chargée de projet dans le dossier micro-organisation du travail en santé mentale et dépendances. La mise en œuvre du *Cadre de référence des services sociaux généraux et des services en santé mentale du CRSSS de la Baie-James*, ainsi que les orientations ministérielles contenues dans le document *Unis dans l'action : Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience : Programme-services Dépendances : Offre de service 2007-2012* nécessitent une interface et une continuité avec d'autres services du Centre de santé de Chibougamau (urgence, soins de courte durée, services externes en psychiatrie et en pédopsychiatrie, équipe psychosociale (services généraux, enfance-jeunesse-famille, santé mentale et dépendances) etc). En effet, plusieurs professionnels et équipes de travail sont concernés et voient en concomitance la clientèle en santé mentale et en dépendances. Il en découle des défis importants ayant trait aux rôles de chacun et, principalement, pour ce qui est des trajectoires de services. L'objectif du plan d'action du comité de micro-organisation en santé mentale et en dépendances vise à clarifier et à déployer l'offre de service pour ces programmes.
14.1.4 S'assurer que les conditions de travail favorisent l'attraction et la rétention des personnes et les améliorer au besoin.	Titulariser les ressources humaines dans les titres d'emploi vulnérables.	100 % des infirmières et infirmières auxiliaires détiennent un poste minimal 14/28.	Taux des postes titularisés selon les engagements pris.	100 %.
14.1.5 Moderniser la stratégie de recrutement.	Positionner l'établissement à l'aide de nouveaux produits promotionnels et être visible dans les nouveaux médias.	Promotion d'une nouvelle image auprès des jeunes femmes.	Production d'une nouvelle brochure et d'outils visuels pour le recrutement.	Une nouvelle stratégie de recrutement a été officiellement lancée et la nouvelle signature visuelle est maintenant disponible dans les médias sociaux. De plus, afin de nous démarquer et d'augmenter notre niveau de popularité, une campagne d'affichage novatrice dans les institutions d'enseignement et commerces situés autour d'elles a permis de rejoindre la clientèle cible. De nouveaux articles promotionnels ont également été remis dans les 15 salons d'emplois où nous avons été présents. La campagne de promotion Facebook du 1er septembre au 14 novembre 2010 et du 15 au 31 mars 2011 a permis de noter 10 425 visiteurs.
14.2.1 Se doter d'un système de planification de la main-d'œuvre efficace et utilisé, misant sur les outils du Système d'information des ressources humaines (SIRH) et entrepôt de données (Cube PMO).	Implanter un système informatisé de planification de la main-d'œuvre.	100 % du processus informatisé.	Degré d'implantation du système informatisé.	100 % du système informatisé implanté.

ORIENTATION 14 : Être reconnue comme une organisation moderne et stimulante				
Objectifs	Activites	Cibles	Indicateurs	Résultats 2010-2011
14.2.2 Assurer la disponibilité de la main-d'œuvre adéquate pour la prestation des services de l'établissement.	Informatiser le processus d'horaire et remplacement de liste de rappel.	Identifier efficacement les ressources réellement disponibles.	Entrée en vigueur du projet.	Printemps 2011. Ce projet visait l'augmentation de l'efficacité pour la planification et l'organisation du travail par les gestionnaires.
14.2.3 Poursuivre le développement des compétences des ressources humaines par des formules innovatrices (partage d'expertise, coaching, élargissement des champs de compétences, etc.).	Poursuivre le programme de soutien clinique – préceptorat.	4 apprenantes par année ayant bénéficié du programme.	Nombre d'apprenantes admissibles ayant bénéficié du programme.	Nombre d'apprenantes rejointes : 21. Ce sont 21 apprenantes qui ont été rejointes cette année par une seule préceptrice (0,71 ETC.). Le temps hebdomadaire moyen de préceptorat est de 10,71 heures. Nombre de préceptrices de plus de 50 ans : 1. Taux de préceptrices de plus de 50 ans : 100 %. Nombre d'apprenantes arrivées depuis moins de 2 ans : 13. Nombre d'apprenantes avec départ depuis moins de 2 ans : 0.
	Actualiser annuellement le plan de formation de l'établissement.	Réduire de 25 % les frais de formation dans le cadre du plan de réduction des dépenses (Loi 100) par rapport à la somme des dépenses de l'exercice précédent.	% de réduction des dépenses en formation.	20 % de réduction des dépenses de formation pour les volets clinique et administratif basés sur l'année civile 2010 comparativement à l'année civile 2009 (source : page 670 du AS-471). Des requis de formation ont été préparés dans chacune des directions de l'organisation afin de cibler les formations essentielles dans chacun des programmes-services en mai 2010. Les formations retenues ont privilégié le personnel s'adressant directement aux services à la clientèle.
14.3.1 Réaliser des initiatives novatrices qui visent l'amélioration des conditions d'exercice et de soutien au rôle et aux responsabilités des cadres, afin de mieux les outiller à faire face aux défis grandissants de la gestion du réseau.	Offrir un programme de formation adapté aux gestionnaires en fonction.	Signature d'une entente avec une institution d'enseignement reconnue.	État d'avancement.	Une entente a été conclue avec le Centre du savoir sur mesure (CESAM) de l'Université du Québec à Chicoutimi afin de développer un programme de formation sur mesure, soit LEMC² ou le *Programme de légitimation de l'encadrement mobilisateur par la coordination et la communication.* Après analyse des besoins auprès des gestionnaires en exercice, 12 compétences ont été identifiées. La formation débutera à l'automne 2011. Un profil individuel permettra aux gestionnaires en exercice de moduler leur formation selon leur propre profil de compétences.

ENJEU 6 – Une gestion décentralisée et une gouvernance imputable

ORIENTATION 15 : Soutenir l'exercice de la gouvernance du conseil d'administration				
Objectifs	Activités	Cibles	Indicateurs	Résultats 2010-2011
15.1.1 Soutenir les membres du conseil d'administration dans l'exercice de leurs rôles et leurs responsabilités.	Poursuivre l'accueil des membres du conseil d'administration (C. A.) sur leurs rôles et responsabilités en fonction des précisions apportées à la gouvernance que ce soit par la voie administrative ou législative, le cas échéant.	Combler l'ensemble des postes.	Taux des présences/vacances aux sièges du C. A. Taux de roulement des membres du C. A. Taux de participation aux séances du conseil.	95 % des postes comblés. Les résultats obtenus des indicateurs de résultats portent sur l'année civile 2010. 38,8 % de roulement des membres. 68 % de participation aux séances du C. A. Suite aux résultats de la démarche d'agrément (voir objectif 15.1.2), les membres du conseil ont exprimé le besoin de formation sur les rôles et responsabilités des administrateurs. Ce sont 7 membres qui ont démissionné alors que 7 autres ont été nommés. Cette formation sera donnée en début d'année 2011-2012 dans le cadre du plan d'amélioration continue des administrateurs. Généralement, l'accueil des nouveaux membres se fait individuellement en présence du président du conseil d'administration et de la P.-D.G. Une trousse leur est alors remise avec l'ensemble de la documentation pertinente.
15.1.2 Faire le point sur la contribution des membres et du travail d'équipe en tant que contribution à la participation citoyenne.	Mentionner les situations de conflits d'intérêt.	0.	Nombre de cas traités.	En 2010-2011 : aucun cas traité et aucun manquement constaté.
	Fournir les preuves requises conformément à la norme d'agrément portant sur la gouvernance.	3 preuves : • Auto-évaluation; • Outil d'évaluation de la gouvernance; • Plan d'amélioration continue.	État d'avancement.	Le 15 mars 2011, les membres du conseil d'administration ont complété le questionnaire d'auto-évaluation de la norme gouvernance et le questionnaire de fonctionnement du C. A. Le plan d'amélioration continue se fera au cours de la prochaine année afin de compléter le processus.

ORIENTATION 16 : Soutenir l'implantation du projet clinique et organisationnel				
Objectifs	Activités	Cibles	Indicateurs	Résultats 2010-2011
16.1.1 Poursuivre le projet clinique en incluant le volet organisationnel.	Activité de lancement des travaux.	Appropriation du cadre de référence ministériel par les acteurs concernés pour bien identifier les objectifs du projet et les résultats visés.	Évaluation de l'activité de lancement.	Les participants étaient plutôt (40 %) ou tout à fait d'accord (53 %) que le contenu de rencontre répondait à leurs attentes. 7 répondants sur 10 ont l'intention de s'impliquer dans les étapes du projet ou encore d'en impliquer d'autres. Un premier rendez-vous sollicitant 80 personnes de notre organisation a eu lieu les 11 et 12 mai 2010. Cette rencontre a permis de cerner leurs attentes et émettre des suggestions pour la relance du projet clinique et organisationnel. L'évaluation des participants à cette journée a permis de cibler deux besoins : • Peaufiner le bilan du projet clinique 2005; • Définir une démarche commune propre au CRSSS de la Baie-James.
16.1.2 Développer des collaborations ou des partenariats avec les communautés jamésiennes, les organismes communautaires et les médecins.	Informer les membres des exécutifs des divers conseils sur la gamme des services à offrir.	Se donner des tribunes pour partager l'information.	Tenue de la journée de présentation des programmes-services et programmes-soutien.	Une rencontre d'information et d'échange a eu lieu le 8 février 2011, par visioconférence, afin d'informer les membres des exécutifs du CII, du CM et du CMDP de la nature du projet clinique et organisationnel et des étapes en cours. Une présentation sommaire de la gamme des services offerts fut présentée. Cette rencontre avait pour but de soutenir les conseils dans leur rôle afin qu'ils puissent donner leur avis dans le cadre de la démarche du projet clinique et organisationnel.
	Réviser le programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes d'expression en langue anglaise.	Programme régional d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes d'expression en langue anglaise 2011-2014.	Date d'adoption du programme au C. A.	Adoption du programme le 15 mars 2011 au C. A. Bien que notre établissement n'ait pas d'obligation d'offrir des services en langue anglaise, il doit favoriser l'accès aux personnes d'expression en langue anglaise. Les services offerts par le programme sont la formation en langue anglaise (pour le personnel), la traduction de documents cliniques, l'interprétariat et la référence pour la clientèle. Les différentes étapes complétées : • Révision du règlement; • Formation du comité régional; • Mise à jour du portrait sociosanitaire; • État de situation des besoins de formation; • Révision du programme.

ORIENTATION 17 : Favoriser des partenariats avec les communautés autochtones				
Objectifs	Activités	Cibles	Indicateurs	Résultats 2010-2011
17.1.1 Négocier des ententes avec le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James et définir les services à ajuster pour mieux répondre à cette clientèle.	Négocier une entente-cadre.	Signature de l'entente-cadre.	Date de signature de l'entente.	Entente signée à l'été 2010. Cette entente se veut un mécanisme administratif en vue de formaliser les engagements respectifs relativement à la prestation de services à la population, à la mise en place de corridors de services fonctionnels entre les organisations, et à l'instauration de mécanismes de coordination et de communication entre les organisations, les professionnels ou toute autre entité offrant des services complémentaires.

ORIENTATION 18 : Maintenir, voire renforcer, la congruence de nos actions, démarches et décisions				
Objectifs	Activités	Cibles	Indicateurs	Résultats 2010-2011
18.1.1 Définir une stratégie de communication encadrée par la *Politique de communication.*	Mise en ligne des contenus de base du site Internet.	Maintenir une image de marque de l'organisation.	Nombre de fréquentation du site Internet.	En 2010-2011, le site a été visité par 28 226 personnes et a reçu 153 238 visites. Il fut mis en ligne l'an dernier, mais son contenu a davantage été alimenté cette année.

ENJEU 7– Le soutien aux organismes communautaires

Orientation 19 - Reconnaître le milieu communautaire dans le but de mieux desservir la population				
Objectifs	Activités	Cibles	Indicateurs	Résultats 2010-2011
19.1.1 Améliorer le réseautage entre le réseau de la santé et des services sociaux et le milieu communautaire.	Entretenir les maillages annuellement.	Accroître les activités de réseautage et de soutien.	Liste des activités de maillages.	Rencontres du comité consultatif. : Le comité consultatif sur la reconnaissance et l'admissibilité au financement à la mission globale réunit les membres au besoin. Une rencontre fut tenue à l'automne 2010 permettant de traiter divers sujets dont : le bilan de la reddition de comptes des organismes communautaires, les propositions d'allocations aux organismes communautaires, le projet de convention de soutien financier et l'évaluation du cadre de référence. Mise en ligne des contenus sur le site Internet: afin d'accroître la visibilité des organismes communautaires dans la région, nous diffusons dorénavant le répertoire des organismes communautaires sur notre site Internet. On y retrouve également le *Cadre de référence balisant les relations entre les organismes communautaires œuvrant en santé et services sociaux et le CRSSS de la Baie-James*. D'autres contenus s'ajouteront au cours de la prochaine année. Formation sur le formulaire de demande de subvention 2011-2012 dispensé aux organismes communautaires. Une charte des dépenses admissibles a été produite et diffusée afin de faciliter leur demande de subvention.
	Respecter le cadre de soutien financier tel qu'inscrit dans le cadre de référence régional.	Modes de financement (prépondérance 92 % en mission globale – PSOC).	% du financement en mission globale – PSOC).	92,49 %. L'analyse de la conformité des rapports d'activités et des états financiers est effectuée selon les paramètres du cadre de référence et du programme de soutien aux organismes communautaires. Le comité consultatif sur la reconnaissance et l'admissibilité au financement à la mission globale est consulté pour les recommandations de financement à accorder aux organismes communautaires de la région. Le portrait du financement est présenté dans la section financière de ce rapport annuel.

LA SITUATION FINANCIÈRE

LA SITUATION FINANCIÈRE :
les états financiers

RAPPORT ET COMMENTAIRES DES VÉRIFICATEURS EXTERNES

Raymond Chabot
Grant Thornton

Rapport de l'auditeur indépendant sur les unités de mesure et sur les heures travaillées et rémunérées

Raymond Chabot Grant Thornton
S.E.N.C.R.L.
553, 3e Rue, suite 4
Chibougamau (Québec) G8P 1N8

Téléphone : 418 748 2684
Télécopieur : 418 748 7391
www.rcgt.com

Aux membres du conseil d'administration du
Centre régional de la santé et des services sociaux de la Baie-James

Nous avons procédé, conformément à l'article 293 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec et à l'annexe 1 du Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux, à l'audit des unités de mesure et des heures travaillées et rémunérées pour l'exercice terminé le 31 mars 2011. Ces informations, compilées par le Centre régional de santé et services sociaux de la Baie-James selon les définitions et explications contenues dans le *Manuel de gestion financière* (MGF) publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, sont incluses dans le rapport financier annuel aux pages 330, 352, 650 et 660. La responsabilité de ces unités de mesure et de ces heures travaillées et rémunérées compilées selon les définitions et explications contenues dans le MGF incombe à la direction de l'établissement. Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur ces informations en nous fondant sur nos travaux d'audit.

Notre audit a été effectué conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que nous planifions et réalisions l'audit de façon à fournir l'assurance raisonnable que ces informations sont exemptes d'anomalies significatives. L'audit comprend le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des unités de mesure et des heures travaillées et rémunérées compilées selon les définitions et explications du MGF. Il comprend également l'évaluation, le cas échéant, des principes comptables suivis et des estimations importantes faites par la direction de l'établissement, ainsi qu'une appréciation de la présentation d'ensemble de ces informations.

Comptables agréés
Membre de Grant Thornton International Ltd

RAPPORT ET COMMENTAIRES DES VÉRIFICATEURS EXTERNES

Raymond Chabot
Grant Thornton

Rapport de l'auditeur indépendant sur les unités de mesure et sur les heures travaillées et rémunérées

Raymond Chabot Grant Thornton
s.e.n.c.r.l.
553, 3e Rue, suite 4
Chibougamau (Québec) G8P 1N8

Téléphone : 418 748 2684
Télécopieur : 418 748 7391
www.rcgt.com

Aux membres du conseil d'administration du
Centre régional de la santé et des services sociaux de la Baie-James

Nous avons procédé, conformément à l'article 293 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec et à l'annexe 1 du Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux, à l'audit des unités de mesure et des heures travaillées et rémunérées pour l'exercice terminé le 31 mars 2011. Ces informations, compilées par le Centre régional de santé et services sociaux de la Baie-James selon les définitions et explications contenues dans le *Manuel de gestion financière* (MGF) publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, sont incluses dans le rapport financier annuel aux pages 330, 352, 650 et 660. La responsabilité de ces unités de mesure et de ces heures travaillées et rémunérées compilées selon les définitions et explications contenues dans le MGF incombe à la direction de l'établissement. Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur ces informations en nous fondant sur nos travaux d'audit.

Notre audit a été effectué conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que nous planifions et réalisions l'audit de façon à fournir l'assurance raisonnable que ces informations sont exemptes d'anomalies significatives. L'audit comprend le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des unités de mesure et des heures travaillées et rémunérées compilées selon les définitions et explications du MGF. Il comprend également l'évaluation, le cas échéant, des principes comptables suivis et des estimations importantes faites par la direction de l'établissement, ainsi qu'une appréciation de la présentation d'ensemble de ces informations.

Comptables agréés
Membre de Grant Thornton International Ltd

À notre avis, les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées ont été compilées par le Centre régional de la santé et des services sociaux de la Baie-James pour l'exercice terminé le 31 mars 2011, dans tous leurs aspects significatifs, conformément aux définitions et explications contenues dans le MGF publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

[1]

Raymond Chabot Grant Thornton, S.E.N.C.R.L.
Chibougamau
Le 7 juin 2011

[1] Comptable agréé auditeur permis n° 15248

Raymond Chabot
Grant Thornton

Rapport de l'auditeur indépendant

Raymond Chabot Grant Thornton
S.E.N.C.R.L.
553, 3e Rue, suite 4
Chibougamau (Québec) G8P 1N8

Téléphone : 418 748-2684
Télécopieur : 418 748-7391
www.rcgt.com

Aux membres du conseil d'administration du
Centre régional de la santé et des services sociaux de la Baie-James

Rapport relatif aux états financiers

Nous avons effectué l'audit des états financiers du Centre régional de la santé et des services sociaux de la Baie-James inclus dans la section auditée du rapport financier annuel, qui comprennent les bilans des fonds d'exploitation, d'immobilisations et fonds affectés au 31 mars 2011 et les états des résultats et des soldes des fonds pour l'exercice terminé à cette date. Les états financiers audités incluent également le bilan regroupé au 31 mars 2011 et les états regroupés des résultats, des soldes des fonds et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date. De plus, ils comprennent un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives de la section auditée. Le présent rapport sur les états financiers ne couvre pas les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées présentées aux pages 330, 352, 650 et 660, puisqu'elles font l'objet d'un rapport d'audit distinct.

Responsabilité de la direction pour les états financiers

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public, ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers, sur la base de notre audit. Nous avons effectué notre audit selon les normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que nous nous conformions aux règles de déontologie et que nous planifions et réalisions l'audit de façon à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalies significatives.

Un audit implique la mise en œuvre de procédures en vue de recueillir des éléments probants concernant les montants et les informations fournis dans les états financiers. Le choix des procédures relève du jugement de l'auditeur, et notamment de son évaluation des risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. Dans

l'évaluation de ces risques, l'auditeur prend en considération le contrôle interne de l'entité portant sur la préparation et la présentation fidèle des états financiers afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'entité. Un audit comporte également l'appréciation du caractère approprié des méthodes comptables retenues et du caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que l'appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

Nous estimons que les éléments probants que nous avons obtenus sont suffisants et appropriés pour fonder notre opinion d'audit assortie de réserves.

Fondement de l'opinion avec réserves

Les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance salaire et aux indemnités de départ à verser aux hors-cadre admissibles au terme de leur engagement ne sont pas comptabilisés au bilan du fonds d'exploitation, ce qui constitue une dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public. L'impact n'a pu être déterminé pour les exercices 2011 et 2010, car l'information n'est pas disponible au sein de l'établissement.

L'établissement a comptabilisé au solde de fonds du fonds d'exploitation au 31 mars 2011 un revenu de subvention et a ajusté le solde des montants à recevoir du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) de 1 273 515 $ sans retraitement des états financiers au 31 mars 2010, comme il est mentionné à la note 5. Afin de se conformer aux normes comptables canadiennes pour le secteur public, le revenu de subvention relatif à la prise en charge du solde déficitaire du fonds d'exploitation de 1 273 515 $ au 1er avril 2008, représentant le montant fixé par le décret gouvernemental 257-2010, aurait dû être comptabilisé rétroactivement avec retraitement des états financiers au 31 mars 2010.

Opinion avec réserves

À notre avis, à l'exception des incidences des problèmes décrits dans les paragraphes « Fondement de l'opinion avec réserves » et au commentaire 1 de l'annexe, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James au 31 mars 2011 ainsi que des résultats de ses activités et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Autres points

Sans pour autant modifier notre opinion, nous attirons l'attention sur la note 3 des états financiers, qui indique que le Centre régional de la santé et des services sociaux de la Baie-James a adopté les normes comptables canadiennes pour le secteur public le 1er avril 2010. Nous n'avions pas pour mission de faire rapport sur les informations comparatives au 31 mars 2010, de sorte qu'elles n'ont pas été auditées.

Rapport relatif à d'autres obligations légales ou législatives

Conformément à l'article 293 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec, à l'annexe 1 du Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux, et sur la base des éléments probants obtenus lors de la réalisation de nos travaux d'audit sur les états financiers, à notre avis, dans tous les aspects significatifs, l'établissement s'est conformé :

- aux dispositions de la loi susmentionnée et aux règlements s'y rapportant, dans la mesure où en sont touchés ses revenus ou ses dépenses;
- aux explications et aux définitions se rapportant à la préparation du rapport financier annuel;
- aux définitions contenues dans le *Manuel de gestion financière* publié par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec en ce qui a trait à ses pratiques comptables.

[1]

Raymond Chabot Grant Thornton, S.E.N.C.R.L.
Chibougamau
Le 7 juin 2011

[1] Comptable agréé auditeur permis n° 15248

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS – AUDITÉE

Note 1: RÉSULTATS

Le résultat des opérations des ACTIVITÉS PRINCIPALES indiqué à la page 200, ligne 29 est traité de la façon suivante:

-Le résultat se solde par un excédent des charges sur les revenus au montant de 99 263$; il est imputé à l'avoir propre. Ce résultat va à l'encontre de l'article 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux qui mentionne qu'aucun établissement public ne doit encourir de déficit à la fin d'une année financière.

-Le résultat des opérations des ACTIVITÉS ACCESSOIRES indiqué à la page 201, ligne 21, se solde par un excédent des revenus sur les charges de 823$ et est imputé à l'AVOIR PROPRE.

Note 2: STATUTS ET NATURES DES OPÉRATIONS

Le CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES est constitué en corporation par lettres patentes supplémentaires sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Il a pour mandat d'améliorer et maintenir la santé et le bien-être de la population du territoire sociosanitaire du Nord-du-Québec, en offrant une gamme de services sécuritaires la plus complète, notamment des services de surveillance, de protection, de promotion, de prévention, d'évaluation, d'intervention (diagnostic et traitement), de réadaptation, de soutien et d'hébergement, ainsi que l'accompagnement en fin de vie.

Le siège social du centre est situé à Chibougamau. Ses centres de santé sont répartis dans l'ensemble de la région Nord-du-Québec. En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujetti aux impôts sur le revenu.

Note 3: MODIFICATIONS DE CONVENTIONS COMPTABLE

Changement de référentiel comptable

En décembre 2010, le Conseil sur la comptabilité dans le secteur public a modifié la préface des normes comptables pour le secteur public dans le but d'enjoindre aux organismes sans but lucratif du secteur public, de se conformer soit au Manuel de comptabilité de l'Institut canadien des comptables agréés (ICCA) pour le secteur public avec les chapitres SP 4200 à SP 4270, soit au Manuel de comptabilité de l'ICCA pour le secteur public (Manuel du secteur public) sans ces chapitres, et ce, à compter des exercices ouverts le 1er janvier 2012.

À la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), l'établissement a adopté par anticipation les normes du Manuel du secteur public sans les chapitres SP 4200 à SP 4270 (normes comptables s'appliquant uniquement aux organismes sans but lucratif du secteur public) pour le rapport financier annuel du 31 mars 2011.

De plus, le rapport financier annuel préparé par la direction de l'établissement est établi conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception des normes suivantes:

-Les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance salaire ainsi qu'aux indemnités de départ à verser aux hors cadres admissibles au terme de leur engagement ne sont pas comptabilisés au bilan du fonds d'exploitation, ni au bilan regroupé, ce qui constitue une dérogation aux normes canadiennes pour le secteur public.

-Les immeubles loués auprès de la Corporation d'hébergement du Québec sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, ce qui n'est pas conforme à la note d'orientation no 2 des normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Au 31 mars 2010, le rapport financier annuel avait été établi conformément aux conventions comptables énoncées au Manuel de gestion financière (MGF) publié par le MSSS, lesquelles s'appuyaient sur les normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Le changement de référentiel comptable n'a eu aucune incidence sur les résultats de l'exercice précédent.

Note 4 : DESCRIPTION DES PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES

Conventions comptables

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux normes canadiennes pour le secteur public.

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et des passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Note 4 : DESCRIPTION DES PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES

Comptabilité par fonds

L'établissement suit les principes de la comptabilité par fonds. Les fonds suivants apparaissent aux états financiers de l'établissements et présentent donc une importance particulière:

Le fonds d'exploitation: fonds regroupant les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires);

Le fonds d'immobilisations: fonds regroupant les opérations relatives aux actifs immobilisés, aux dettes à court et à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant à ces actifs. Ces opérations incluent tout don ou legs transféré du fonds à destination spéciale ou du fonds de dotation qui sont présentés à titre de revenus reportés et amortis sur la durée de vie des actifs qui s'y relient. L'objectif est d'assurer un rapprochement entre les avantages procurés par ces contributions et l'utilisation de l'immobilisation. De plus, les dépenses non capitalisables financées par les enveloppes décentralisées sont présentées aux résultats du fonds d'immobilisation;

Le fonds de dotation : fonds constitué de don, legs, subvention ou autre forme de contributions versées sous condition expresse de doter l'établissement d'un capital qui doit être préservé pour une durée déterminée ou indéterminée. Les revenus provenant du capital et le capital, dans le cas d'un capital à durée déterminée pourront être utilisés. Ce fonds exclut les subventions et les autres formes de contributions octroyées par le gouvernement du Québec, ses ministères ou ses organismes dont les dépenses sont assumées par le fonds consolidé du revenu;

Le fonds à destination spéciale: fonds constitué de don, legs, subvention ou autre forme de contributions faites à l'établissement à des fins particulières. Ce fonds exclut les subventions et les autres formes de contributions octroyées par le gouvernement du Québec, ses ministères ou ses organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu;

Le fonds affecté: fonds constitué de subventions provenant exclusivement de l'agence ou du ministère. Ces subventions sont toujours reliées à des programmes ou services précisément définis et ne peuvent être attribuées qu'aux fins pour lesquelles elles sont octroyées;

Le fonds en fiducie: fonds constitué de sommes appartenant à des tierces personnes, dont l'établissement assume l'administration au bénéfice exclusif des propriétaires de ces sommes;

Le fonds de stationnement: fonds constitué des revenus nets des parcs de stationnement exploités par l'établissement. La constitution et l'usage des sommes de ce fonds sont soumis à des règles précisément définies.

Dans le contexte de la consolidation, afin d'éviter la comptabilisation en double des revenus et des dépenses, les transferts de et à un autre fonds d'un établissement, sont comptabilisés directement au solde des fonds concernés. Dans le cas du fonds d'exploitation, ils sont toutefois tenus en compte pour fins de présentation à l'état des résultats de manière à démontrer les résultats avant et après les transferts. Par la suite, ils sont présentés au solde du fonds d'exploitation.

Classification des activités

La classification des activités d'un établissement tient compte des services qu'il peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes.

Activités principales: les activités principales comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services qu'un établissement est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par l'agence.

Activités accessoires: les activités accessoires comprennent les services qu'un établissement rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir.

Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par les établissements dans le cadre de leurs activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités. Chacun de ces centres est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus par l'établissement. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centres.

Subdivision des activités accessoires

Les activités accessoires se subdivisent en activités complémentaires et en activités de type commercial.

Les activités accessoires complémentaires sont celles qui n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux. Les fonds nécessaires à l'autofinancement de ces opérations proviennent de l'agence, d'autres ministères, de régies gouvernementales, d'organismes publics, etc. Parmi les activités les plus courantes, on retrouve l'enseignement médical, la recherche et la santé au travail.

Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les activités de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

Unités de mesure

Une unité de mesure est une donnée quantitative et non financière, compilée de façon spécifique pour un centre ou un sous-centre d'activités donné dans le but de fournir une indication de son niveau d'activités.

Un centre d'activités ou un sous-centre d'activités peut être appelé à mesurer ses données selon une ou deux unités de mesure, l'unité A et l'unité B. La définition des unités de mesure et le mode de compilation sont précisés dans chaque centre et sous-centre d'activités. Leur compilation permet à l'établissement d'établir un coût unitaire de production de produits ou de services relié aux coûts directs bruts ajustés lorsque l'on réfère à l'unité A alors que l'unité B permet de déterminer un coût unitaire de consommation, relié aux coûts directs nets ajustés.

Stocks

Les stocks sont évalués au moindre du coût ou de la valeur de réalisation nette. Le coût est déterminé selon la méthode du coût moyen.

Immobilisations

Les immobilisations acquises sont comptabilisées au coût. Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile:

Catégorie	Durée
Aménagements des terrains	10 à 20 ans
Bâtiments	20 à 50 ans
Améliorations locatives	Durée restante du bail (max 10 ans)
Matériels et équipements	3 à 15 ans
Équipements spécialisés	12 à 25 ans
Matériel roulant	5 ans
Développement informatique	5 ans
Réseau de télécommunication	10 ans
Location-acquisition	Sur la durée du bail ou de l'entente

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.L'escompte ou la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Avoir propre

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires, de la partie de l'excédent des revenus sur les charges des activités principales des exercices précédents libérée par le MSSS. Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des charges sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre. L'avoir propre d'un établissement public ne peut être utilisé que pour les fins de la réalisation de la mission d'un centre qu'il exploite (article 269.1 de la loi). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation du MSSS. Par ailleurs, l'utilisation de l'avoir propre ne doit pas avoir pour effet de rendre le solde de cet avoir déficitaire.

Revenus

Les revenus sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice, c'est-à-dire dans l'année au cours de laquelle ont eu lieu les opérations ou les faits leur donnant lieu.

De façon plus spécifique:

Les sommes dont le budget de fonctionnement et les rectificatifs postbudgétaires en provenance d'une entité faisant partie du périmètre comptable du gouvernement, agences, MSSS, etc. sont constatées et comptabilisées aux revenus dans l'année financière au cours de laquelle surviennent les faits qui leur donnent lieu, dans le mesure où ils sont autorisés, où les critères d'admissibilité sont rencontrés(s'il en est) et où une estimation raisonnable des montants en cause est possible.

Les sommes reçues ou à recevoir concernant les revenus qui seront gagnés dans une année ultérieure peuvent faire l'objet d'un revenu reporté dans le cas où les sommes doivent être affectées à des fins prescrites (développement, joueurs pathologiques, etc.) et que les dépenses seront assumées dans le futur.

Les sommes en provenance d'une entité hors du périmètre comptable du gouvernement seront constatées et comptabilisées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles seront utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature de la dépense, utilisation prévue ou période pendant laquelle les dépenses devront être engagées). Les sommes reçues avant qu'elles soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

Revenus provenant des usagers

Les revenus provenant des usagers sont diminués des déductions, des exonérations et des exemptions accordées à certains de ceux-ci.

Autres revenus

Les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement du Québec et ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont désormais présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

Notes aux états financiers - ADDITÉE
exercice terminé le 31 mars 2011

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires. Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec. De plus, on comptabilisera aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations l'ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations. L'ajustement de la subvention est déterminé par l'établissement pour faire en sorte que le solde de fonds d'immobilisations corresponde, à la fin d'exercice, à la valeur comptable des terrains présentée au fonds d'immobilisations. La contrepartie sera comptabilisée comme compte à recevoir ou comme revenu perçu d'avance.

Charges inhérentes aux ventes de services

Les montants de ces charges sont déterminés de façon à égaler les montants des revenus correspondants.

Analyse financière

L'établissement n'a pas reçu l'analyse financière de l'exercice 2009-2010.

Différence avec les principes comptables généralement reconnus

Ce rapport annuel est établi conformément aux normes et pratiques comptables reconnues dans les établissements relevant du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Il existe une règle comptable qui est utilisée aux fins de l'établissement de ce rapport financier annuel s'écarte sensiblement des principes comptables généralement reconnus du Canada et c'est la suivante:

i) L'information requise relative aux instruments financiers n'est pas présentée dans les notes complémentaires.

Note 5 : PRISE EN CHARGE DU DÉFICIT D'EXPLOITATION CUMULÉ AU 31 MARS 2008

Conformément à la circulaire 2011-024 portant sur la prise en charge des soldes déficitaires du fonds d'exploitation au 1er avril 2008, publiée le 11 mai 2011 par le MSSS, l'établissement a comptabilisé au solde de fonds du fonds d'exploitation un revenu de subvention au montant de 1 273 515$ et a ajusté le solde du début des montants à recevoir du MSSS du même montant afin de pourvoir aux charges d'exploitation engagées dans un ou plusieurs exercices antérieurs au 31 mars 2008. Les données comparatives de l'exercice terminé le 31 mars 2010 n'ont pas été retraitées pour tenir compte du revenu de subvention.

ÉTATS DES RÉSULTATS – ACTIVITÉS PRINCIPALES ET ACCESSOIRES POUR L'EXERCICE SE TERMINANT AU 31 MARS 2011

TABLEAU 8 :
État des résultats – Activités principales au 31 mars 2011

Revenus	Exercice Courant	Exercice Précédent
	$	$
Agence et MSSS	49 820 561	48 492 691
Usagers	1 142 816	1 003 560
Ventes de services	267 724	256 609
Recouvrements	443 794	336 470
Donations	10	
Subvention du Gouvernement fédéral	15 839	19 992
Autres revenus	220 958	242 023
Total	**51 911 702**	**50 351 345**
Charges		
Salaires	27 617 293	26 620 646
Avantages sociaux	6 633 394	6 481 245
Charges sociales	3 697 200	3 575 118
Médicaments	1 115 868	1 187 973
Produits sanguins	210 344	231 883
Fournitures médicales et chirurgicales	731 354	814 814
Denrées alimentaires	306 027	299 261
Créances douteuses	57 792	6 031
Entretien et réparations	805 008	700 500
Autres dépenses	10 836 685	10 615 692
Total	**52 010 965**	**50 533 163**
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS) DES ACTIVITÉS PRINCIPALES	**(99 263)**	**(181 818)**
CONTRIBUTIONS DE L'AVOIR PROPRE ET INTERFONDS :		
Fonds immobilisations	(237 635)	XXXXX
Fonds affectés	226 458	XXXXX
Excédent des revenus sur les charges (des charges sur les revenus) après contributions de l'avoir propre et interfonds	**<110 440>**	**XXXXX**

Source AS471 p. 200

TABLEAU 9 :
État des résultats – Activités accessoires au 31 mars 2011

Revenus	Exercice courant	Exercice précédent
Financement public et parapublic :	$	$
Agence et MSSS	469 168	513 048
Régie de l'assurance maladie du Québec		
Gouvernement fédéral		
Autres		
Revenus commerciaux	31 144	28 264
Revenus d'autres sources		
Autres revenus d'autres sources	167 477	2 180
Revenus non répartis :		XXX
Agence et MSSS	823	XXX
Total	**668 612**	**543 492**

Charges		
Salaires	247 890	294 097
Avantages sociaux	58 364	63 666
Charges sociales	45 875	52 277
Autres charges	315 660	134 186
Total	**667 789**	**544 226**
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS) DES ACTIVITÉS ACCESSOIRES	**823**	**(734)**
CONTRIBUTIONS DE L'AVOIR PROPRE ET INTERFONDS :		
Fonds immobilisations		XXX
Fonds affectés		XXX
Excédent des revenus sur les charges (des charges sur les revenus) des activités accessoires après les contributions de l'avoir propre et interfonds	**823**	**XXX**

Source : AS471 p. 201

BILAN DU FONDS D'EXPLOITATION POUR L'EXERCICE SE TERMINANT AU 31 MARS 2011

TABLEAU 10 :
Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James
Bilan du fonds d'exposition au 31 mars 2011

Actif	Exercice courant	Exercice précédent
À COURT TERME		
Encaisse	8 099 218	6 684 812
Débiteur-Agence et MSSS	1 411 257	445 755
Autres débiteurs	719 955	680 309
Charges payées d'avance	395 360	866 461
Stocks	550 799	445 218
Créances interfonds:		699 140
Total de l'actif à court terme	**11 176 589**	**9 821 695**
Subvention à recevoir-Réforme comptable	3 651 540	3 649 730
Autres éléments d'actif	150 935	1 780
TOTAL DE L'ACTIF	**14 979 064**	**13 473 205**

Passif		
À COURT TERME		
Autres créditeurs	9 222 175	8 610 049
Dettes interfonds:Fonds d'immobilisation	144 208	
Revenus reportés - activités principales	5 487 036	6 025 574
Revenus reportés - activités accessoires	54 244	25 633
Autres éléments (préciser)		
Total du passif à court terme	14 907 663	14 661 256
À LONG TERME		
Autres éléments du passif	185 142	89 588
TOTAL DU PASSIF	15 092 805	14 750 844
Solde de fonds	(113 741)	(1 277 639)
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	**14 979 064**	**13 473 205**

Source: AS471 P,241

BILAN DU FONDS D'IMMOBILISATION POUR L'EXERCICE SE TERMINANT AU 31 MARS 2011

TABLEAU 11 :
Bilan du fonds d'immobilisation au 31 mars 2011

Actif	Exercice courant	Exercice précédent
À COURT TERME		
Encaisse	189 117	700 586
Débiteur-Agence et Ministère	4 083	236 361
Autres débiteurs	9 835	42 557
Créances interfonds : Fonds d'exploitation	144 208	
Autres éléments		3 272 018
Total de l'actif à court terme	**347 243**	**4 251 522**
Immobilisations	29 707 838	30 468 321
Subvention à recevoir (perçue d'avance)- Réforme comptable	1 203 389	(5 479 618)
Frais reportés d'émission et d'escompte sur obligations	144 423	113 780
TOTAL DE L'ACTIF	**31 402 893**	**29 354 005**

Passif		
À COURT TERME		
Découvert de banque		
Emprunts temporaires	2 200 000	1 900 000
Autres créditeurs	36 651	108 137
Dettes interfonds: Fonds d'exploitation	0	687 140
Autres éléments	40 762	45 562
Intérêts courus à payer	291 985	236 361
Total du passif à court terme	**2 569 398**	**2 977 200**
À LONG TERME		
Autres revenus reportés	471 397	338 631
Dette à long terme	28 328 843	26 804 919
Moins:		
Fonds d'amortissement du Gouvernement	0	(800 000)
Dette nette	28 328 843	26 004 919
Total du passif à long terme	**28 800 240**	**26 343 550**
TOTAL DU PASSIF	**31 369 638**	**29 320 750**
Solde de fonds	33 255	33 255
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	**31 402 893**	**29 354 005**

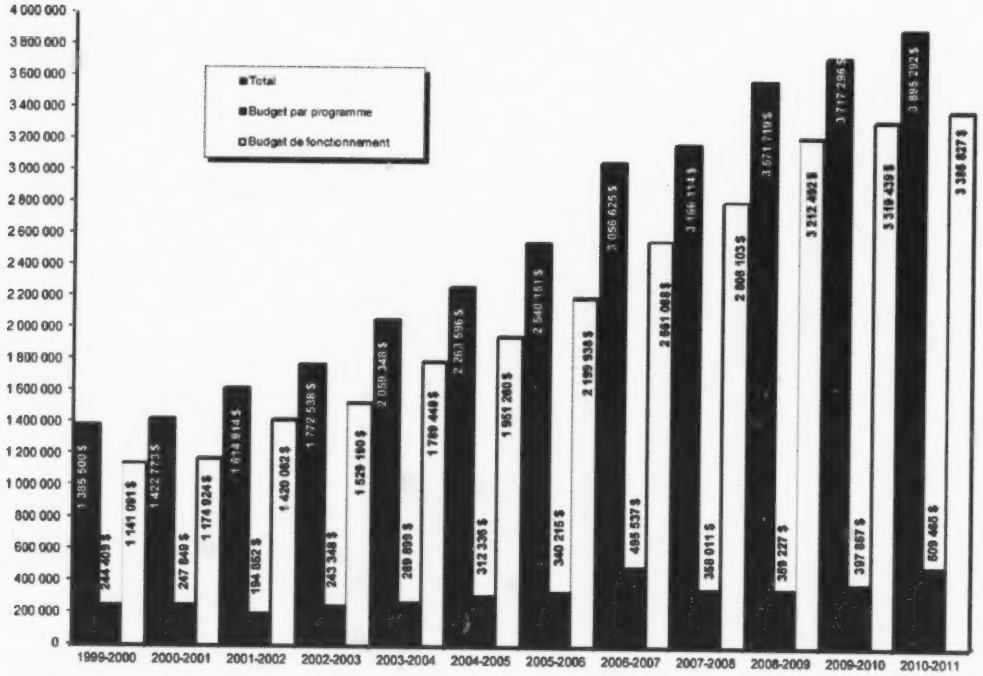
ALLOCATIONS DES RESSOURCES AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Le réseau des organismes communautaires en santé et services sociaux est financé en majorité par le *Programme de soutien aux organismes communautaires* (PSOC). Ce service était centralisé au MSSS et a fait l'objet d'un transfert de responsabilité budgétaire en 1994 auprès des régies régionales. Au niveau provincial, le programme est balisé par des critères uniformes et fait l'objet de redditions de comptes sur une base annuelle. Les sommes disponibles provenaient en partie (environ 600 000 $) du MSSS lors du transfert en 1994. Depuis ce temps, ce budget a augmenté en grande partie par des injections provenant du Fonds régional de réallocation, par de nouvelles injections du MSSS auprès d'organismes ciblés, de même qu'avec les budgets de développement octroyés par le MSSS ainsi que les indexations annuelles. Le budget de départ au 1er avril pour 2010-2011, était donc de 3 319 439 $ auquel s'ajoute l'indexation de 66 388 $ pour un total disponible de 3 385 827 $ récurrents. Le tableau et la figure ci-après illustrent la progression des montants accordés aux organismes communautaires, tant par le biais du PSOC que par les fonds des programmes administrés par le CRSSS de la Baie-James.

TABLEAU 12 :
Provenance des sommes allouées aux organismes communautaires en 2010-2011

Programme	Nombre d'organismes		SOC		Réallocations		Programmes	
	2009-2010	2010-2011	2009-2010	2010-2011	2009-2010	2010-2011	2009-2010	2010-2011
AIDE ET ENTRAIDE								
• Santé mentale	3	3	117 160 $	134 797 $	240 220 $	240 220 $	102 200 $	57 107 $
• Lutte à la pauvreté	1	1	41 270 $	49 583 $	9 580 $	9 580 $	13 500 $	15 000 $
• Centre d'action bénévole	1	1	16 905 $	22 872 $	3 200 $	3 200 $		7 755 $
• Suicide	3	3	42 290 $	43 484 $	70 459 $	70 459 $	1 800 $	
• Services aux hommes	2	1	95 700 $	96 927 $	15 000 $	15 000 $	12 000 $	43 000 $
• Autres ressources pour les jeunes	1	1	1 196 $	4 553 $	31 000 $	31 000 $	1 770 $	
• Maintien à domicile	2	2	13 176 $	13 316 $	12 000 $	12 000 $		
• Santé physique	2	2	71 393 $	73 806 $	72 000 $	72 000 $		
MILIEU DE VIE ET DE SOUTIEN DANS LA COMMUNAUTÉ								
• Maisons de jeunes	6	6	344 620 $	333 406 $	153 735 $	153 735 $	92 089 $	95 826 $
• Personnes handicapées	2	2	102 156 $	120 090 $	105 355 $	105 355 $	30 200 $	37 200 $
• Centres de femmes	6	6	962 640 $	974 025 $	64 500 $	64 500 $	27 457 $	119 046 $
• Familles	3	4					111 425 $	123 327 $
ORGANISMES D'HÉBERGEMENT								
• Maison d'hébergement pour femmes	1	1	624 184 $	631 103 $			5 416 $	11 204 $
REGROUPEMENTS RÉGIONAUX								
• Consultation et concertation régionale	1	1	89 700 $	90 816 $	20 000 $	20 000 $		
Total	**34**	**34**	**2 522 390 $**	**2 588 778 $**	**797 049 $**	**797 049 $**	**397 857 $**	**509 465 $**

FIGURE 2 :
Évolution des subventions versées aux organismes communautaires



LA SITUATION FINANCIÈRE : les immobilisations et les équipements de technologie médicale

LA SITUATION FINANCIÈRE : LES IMMOBILISATIONS ET LES ÉQUIPEMENTS DE TECHNOLOGIE MÉDICALE

PROJETS DE RÉNOVATIONS FONCTIONNELLES MINEURES

La qualification de firmes de professionnels a permis de faciliter le démarrage et la planification des projets permettant globalement d'augmenter le volume de projets réalisés en maintien d'actifs et en rénovation fonctionnelle mineure, totalisant un investissement de 448 137 $.

TABLEAU 13 :
Projets de rénovation fonctionnelle mineure

CATÉGORIES	PROJETS	DÉBOURSÉS EN 2010-2011
CENTRE DE SANTÉ RENÉ-RICARD		
RÉAMÉNAGEMENT INTÉRIEUR	Salle d'examen et chimiothérapie	34 928 $
CENTRE DE SANTÉ DE CHIBOUGAMAU		
SERVICES ADMINISTRATIFS ET SOUTIEN GÉNÉRAL	Aménagement du magasin, bloc opératoire, médecine et stérilisation	197 884 $
RÉAMÉNAGEMENT	Bureaux et services techniques	41 803 $
UNITÉS D'HOSPITALISATION	Poste infirmier au milieu de vie	24 640 $
CENTRE DE SANTÉ LEBEL		
RÉAMÉNAGEMENT INTÉRIEUR	Réaménagement du poste infirmier	124 213 $
CENTRE DE SANTÉ ISLE-DIEU		
RÉAMÉNAGEMENT	Rénovation domiciliaire	24 669 $

Source : Actif Réseau plus

PLAN TRIENNAL IMMOBILIER : MAINTIEN DES ACTIFS

En fonction des budgets spécifiquement dédiés à ce programme et consentis par le MSSS, un *Plan triennal de maintien des actifs immobiliers* approuvé par le conseil d'administration prévoit des investissements dans toutes les installations. Voici la liste des projets terminés ou en cours :

TABLEAU 14 :
Projets réalisés – Maintien des actifs en 2010-2011

	Coûts
CHAPAIS	**12 241 $**
Divers travaux	12 241 $
CHIBOUGAMAU	**918 389 $**
Structure, fenêtres, terrain	181 868 $
Modernisation radiologie, DBMI	2 475 $
Modernisation ascenseur et monte-matériaux	475 819 $
Vétusté électrique	11 219 $
Sortie arrière buanderie et aménagement intérieur magasin	162 833 $
Modernisation ventilation	50 682 $
Vétusté plomberie	33 493 $
LEBEL-SUR-QUÉVILLON	**13 047 $**
Réfection	13 047 $
MATAGAMI	**253 963 $**
Projet majeur de modernisation	26 612 $
Modernisation radiologie	28 010 $
Ventilation dentisterie	1 193 $
Divers travaux	15 426 $
Toiture, murs rouloties, chaudière	182 723 $
RADISSON	**46 457 $**
Modernisations diverses	14 171 $
Réfection des maisons	32 285 $
CRSSS DE LA BAIE-JAMES	**19 771 $**
Logiciel d'entretien préventif et maintien des actifs	12 459 $
Maison des ambulanciers – Parc de Chibougamau	7 312 $

Source : Actif Réseau plus

ACQUISITION EN IMMOBILISATIONS ET ÉQUIPEMENTS

De nouveaux coûts ont été inscrits cette année dans les améliorations locatives, soit le réaménagement du centre administratif et au niveau du matériel roulant, l'achat d'un camion de transport et deux ambulances. Des réductions ont été observées pour les améliorations majeures aux bâtiments avec la fin des travaux au Centre de santé Isle-Dieu ainsi qu'au plan des équipements de communication multimédia en raison des dépenses non récurrentes comme le branchement de la maison des ambulanciers dans le parc de Chibougamau ainsi que les acquisitions pour la visioconférence représentant à eux deux, un investissement de 131 641 $ l'an dernier. Enfin, les acquisitions ont diminué dans la catégorie «autres» considérant que l'an dernier le stérilisateur pour les déchets biomédicaux comptait pour 83 734 $.

TABLEAU 15 :
Acquisitions en immobilisations et en équipements 2010-2011

	2009-2010	2010-2011
Améliorations locatives		113 175 $
Améliorations majeures aux bâtiments	813 454 $	399 909 $
Matériel et équipement:		
Équipement informatique	172 101 $	125 290 $
Équipement de communication multi média	172 235 $	3 903 $
Mobilier et équipement de bureau	122 845 $	101 010 $
Autres	166 090 $	48 335 $
Équipements spécialisés:		
Ameublement de chambre		
Autre mobilier, équip. médical et de transport	1 090 470 $	491 357 $
Matériel roulant	58 734 $	321 771 $
	2 595 929 $	1 604 750 $

Au plan des équipements médicaux spécialisés, les principales acquisitions en 2010-2011 se trouvent dans le tableau suivant :

TABLEAU 16 :
Principales acquisitions d'équipements médicaux spécialisés en 2010-2011

ÉQUIPEMENTS	COÛTS
Analyseur i-stat	26 697 $
Analyseur *coulter LH500*	69 082 $
Système de monitoring urgence	34 523 $
Tapis roulant	26 940 $
Système de purification d'eau	22 424 $
Défibrillateurs moniteur multiparamétrique *lifepack*	35 247 $
Coloroscopes (2)	34 280 $
Gastroscope	17 140 $
Bipap V-60 et accessoires	24 934 $
Moniteur de civière d'observation et consoles	65 709 $

Source : Actif Réseau plus

BILAN DE SUIVI DE GESTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Au plan des équipements médicaux spécialisés, les principales acquisitions en 2010-2011 se trouvent dans le tableau suivant :

TABLEAU 16 :
Principales acquisitions d'équipements médicaux spécialisés en 2010-2011

ÉQUIPEMENTS	COÛTS
Analyseur i-stat	26 697 $
Analyseur *coulter LH500*	69 082 $
Système de monitoring urgence	34 523 $
Tapis roulant	26 940 $
Système de purification d'eau	22 424 $
Défibrillateurs moniteur multiparamétrique *lifepack*	35 247 $
Colonoscopes (2)	34 280 $
Gastroscope	17 140 $
Bipap V-60 et accessoires	24 934 $
Moniteur de civière d'observation et consoles	65 709 $

Source : Actif Réseau plus

BILAN DE SUIVI DE GESTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE BILAN DE SUIVI DE GESTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

Les résultats et l'information contenus dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données de l'information et des explications qui y sont présentées. Les résultats et les données du bilan de suivi de gestion à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2010-2011 du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James.

- Présentent les cibles, les résultats attendus, les indicateurs et les résultats obtenus;
- Présentent des données exactes et fiables.

Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de supporter la présente déclaration. De plus, je me suis assurée que des travaux ont été réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, et spécifiquement au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, l'information présentée dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière 2010-2011 du CRSSS de la Baie-James ainsi que les contrôles afférents sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2011.

Signé à Chibougamau le 31 mai 2011

LU ET APPROUVÉ PAR :

Diane Laboissonnière,
Présidente-directrice générale

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	Attentes ministérielles

Indicateurs	*Réalisée*	*Non réalisée*
Dépôt du plan stratégique régional	x	
Plan d'action 2011-2012 de l'agence	x	
Dépôt de projets d'optimisation	x	
Dépôt, au Ministère, des ententes de gestion agence/établissement 2010-2011	Non applicable	
Dépôt des mesures pour réduire de 10 % les dépenses de nature administrative	x	
Dépôt du bilan du plan d'accès en déficience		X
Dépôt du plan de travail sur le programme d'implantation en négligence et d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu (jeunesse)	x	

Commentaires

Le CRSSS de la Baie-James a déposé tous les documents requis dans l'entente de gestion et d'imputabilité 2010-2011. Considérant qu'il est le seul établissement sur le territoire qui inclut la mission d'agence, aucune autre entente de gestion n'est conclue.

Le plan stratégique du CRSSS de la Baie-James fut complété par un addenda en mars 2011afin d'y ajouter des cibles chiffrées à l'égard des priorités ministérielles, et ce, dans le respect des cibles nationales.

Enfin, le bilan du plan d'accès en déficience sera déposé pour le 17 juin 2011, conformément aux directives de la direction générale des services sociaux du ministère.

Nom : Diane Laboissonnière	Date : 31 mai 2011

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	**Suivi des indicateurs non atteints en 2009-2010 - Déficience physique**
Objectifs de résultats 2010-2015	Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec avec l'intensité suffisante, en augmentant de 12% le nombre de personnes desservies.

Indicateurs	***Résultats* 2009-2010***	***Cibles 2010-2011***	***Résultats** 2010-2011***
1.4.1 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	155	Aucune liste d'attente	137

Commentaires

Le résultat disponible dans TBIG_web indique le respect de la cible ministérielle (108), sans toutefois atteindre notre engagement (175).

Cet écart peut s'expliquer par une meilleure codification des profils d'intervention (nuance entre santé physique et déficience physique). L'engagement convenu pour 2010-2011 a été modifié afin qu'aucun usager ne soit inscrit sur une liste d'attente, reflétant davantage le portrait de la situation régionale. Les données collectées à l'interne n'indiquent aucun usager en attente de services.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date** : 31 mai 2011

* Résultats en date du 31 mars 2010
** Résultats en date du 31 mars 2011

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	**Suivi des indicateurs non atteints en 2009-2010 - Déficience intellectuelle et TED**
Objectifs de résultats 2010-2015	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience intellectuelle ou un TED et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	***Résultats* 2009-2010***	***Cibles 2010-2011***	***Résultats** 2010-2011***
1.5.11 Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	24	Aucune liste d'attente	25

Commentaires

Le résultat disponible dans TBIG_web indique le respect de la cible (19) et le résultat obtenu est comparable à celui de l'an dernier.

L'engagement convenu pour l'entente de gestion et d'imputabilité a été modifié pour 2010-2011 afin qu'aucun usager ne soit inscrit sur une liste d'attente. Les données internes montrent que l'ensemble de la clientèle est desservie, même si nous n'avons pas atteint l'engagement initial évalué à (33).

Afin d'améliorer la qualité des données et une meilleure compréhension de l'offre de service, des actions ont été posées :

- Un pense-bête à l'élaboration du PSI fut créé et annexé dans le cadre de référence aux programmes pour personnes handicapées, question de soutenir l'évaluation globale des besoins par les intervenants.

- Une formation, permettant d'avoir une connaissance de base sur les caractéristiques et les besoins de la clientèle ayant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble envahissant du développement (TED) fut réalisée auprès des intervenants du secteur est. Les intervenants du secteur ouest seront invités au cours des prochaines semaines.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date** : 31 mai 2011

* Résultats en date du 31 mars 2010
** Résultats en date du 31 mars 2011

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	**Suivi des indicateurs non atteints en 2009-2010 - Déficience intellectuelle et TED**
Objectifs de résultats 2010-2015	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe

Indicateurs	***Résultats* 2009-2010***	***Cibles 2010-2011***	***Résultats** 2010-2011***
1.5.13 Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien à domicile (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	16	Aucune liste d'attente	16

Commentaires

Le résultat disponible dans TBIG_web indique le respect de la cible, sans toutefois atteindre notre engagement (20). Or, aucun usager n'est en attente de service. Dans les faits, le financement octroyé est à la hauteur des besoins exprimés.

Une mise à niveau du cadre de référence *Programmes aux personnes handicapées* et la création d'un pense-bête pour l'évaluation des besoins en répit-gardiennage ont été des actions posées cette année. Une révision des formulaires et des précisions sur les imputations comptables ont été réalisées afin d'améliorer la qualité des informations saisies en fonction de l'offre de service.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date** : 31 mai 2011

* Résultats en date du 31 mars 2010
** Résultats en date du 31 mars 2011

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	**Suivi des indicateurs non atteints en 2009-2010 - Service de première ligne – jeunes et leur famille en difficulté**
Objectifs de résultats 2010-2015	Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux en desservant les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux en rejoignant 7,50% des jeunes âgés de 0 à 17 ans et en augmentant le nombre d'interventions auprès des jeunes et de leur famille en offrant en moyenne 7 interventions, par année, par usagers.

Indicateurs	***Résultats* 2009-2010***	***Cibles 2010-2011***	***Résultats** 2010-2011***
1.6.2 Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	6,15	6,3	7,18

Commentaires

La cible de 7,00 a été respectée et dépassée. Il faut comprendre que les petits nombres peuvent entraîner des variations importantes.

Des rencontres d'appropriation de l'offre de service *Jeunes en difficulté* à l'égard des fiches et des standards rattachés à ce programme-service ont permis d'améliorer l'accessibilité et l'intensité des services auprès des jeunes et de leur famille. En ce sens, nous avons élaboré un guide de saisie en lien avec les centres d'activités correspondant aux indicateurs afin d'augmenter le niveau de connaissance et de discernement des gestionnaires et des intervenants face à l'entrée de statistiques dans le système d'information. De plus, bien que les équipes soient parfois très restreintes au sein de certaines de nos installations, des travaux ont été réalisés afin d'attitrer des intervenants aux divers programmes-services selon la configuration des programmes-services ministérielle. Cet ensemble de facteurs expliquerait l'atteinte de nos résultats pour l'année 2011-2012.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date** : 31 mai 2011

* Résultats en date du 31 mars 2010
** Résultats en date du 31 mars 2011

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	**Suivi des indicateurs non atteints en 2009-2010 - Soins palliatifs**
Objectifs de résultats 2010-2015	Accroître l'accès aux services de soins palliatifs en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile et en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	***Résultats* 2009-2010***	***Cibles 2010-2011***	***Résultats** 2010-2011***
1.9.6 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	13,89	14,4	21,64

Commentaires

L'accès aux services de soins palliatifs à domicile a connu une hausse d'intensité par rapport à l'an dernier. Le résultat obtenu est même supérieur à la cible escomptée (16). Les petits nombres peuvent expliquer des variations importantes tant à la hausse qu'à la baisse. Ce sont 33 usagers qui ont bénéficié de ce service au cours de l'année 2010-2011.

Il est important de souligner que le CRSSS de la Baie-James répond prioritairement à toutes les demandes de soins palliatifs à domicile. Ainsi le nombre peut et pourra varier d'année en année en fonction des demandes de services.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date** : 31 mai 2011

* Résultats en date du 31 mars 2010
** Résultats en date du 31 mars 2011

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	**Suivi des indicateurs non atteints en 2009-2010 - Chirurgie**
Objectifs de résultats 2010-2015	Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche ou d'une arthroplastie du genou ou d'une chirurgie de la cataracte ou d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation.

Indicateurs	***Résultats* 2009-2010***	***Cibles 2010-2011***	***Résultats** 2010-2011***
1.9.14 Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	325	355	336

Commentaires

Le résultat obtenu est supérieur à celui de l'an dernier. Ces chirurgies regroupent à la fois les cas urgents et électifs. Les indicateurs présentés dans SIMASS indiquent le respect des délais à l'intérieur des cibles ministérielles.

Toutefois, nos capacités en ressources humaines sont atteintes ce qui ne nous permet pas d'accroître notre rendement. Nous avons besoin de leviers supplémentaires pour contrer les difficultés de recrutement et de rétention du personnel infirmier (absences pour congé parental et maladies ou départ).

Nom : Diane Laboissonnière	**Date** : 31 mai 2011

* Résultats en date du 31 mars 2010
** Résultats en date du 31 mars 2011

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	**Services spécialisés**		
Objectifs de résultats 2010-2015	Améliorer l'accès aux services spécialisés		
Indicateurs	***Résultats* 2009-2010***	***Cibles 2010-2011***	***Résultats** 2010-2011***
1.9.20.4 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central de gestion de l'accès pour une chirurgie élective et qui ont été réalisées dans les délais prescrits pour les chirurgies d'un jour (à l'exception de la chirurgie de la cataracte).	85,2%	90%	92,7%
1.9.20.5 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central de gestion de l'accès pour une chirurgie élective et qui ont été réalisées dans les délais prescrits pour les chirurgies avec hospitalisation (à l'exception de la chirurgie de la cataracte et des arthroplasties de la hanche et du genou).	99,2%	90%	97,9%

Commentaires

Les délais pour les chirurgies électives d'un jour ou avec hospitalisations sont respectés.

Les chirurgies d'arthroplastie de la hanche, du genou et les chirurgies de la cataracte ne sont pas effectuées dans notre établissement. Les cas sont référés dans des établissements hors de notre région, d'où l'absence de données statistiques les concernant.

On compte 294 chirurgies électives effectuées dans les délais sur un nombre de 317, alors que 94 chirurgies électives avec hospitalisations ont été effectuées dans les délais sur 96 chirurgies de ce type.

Pour les trois mesures de l'accès aux services spécialisés :

- ✓ La zone franche ne s'applique pas à notre établissement puisqu'il n'y a qu'un seul plateau technique dans la région.
- ✓ Différentes activités ont bonifié notre système de priorisation des demandes de consultation :
  - o en avril 2009, une procédure a été mise en place afin d'assurer une saine gestion de la non-disponibilité personnelle de l'usager inscrit sur la liste d'attente en chirurgie.
  - o un nouveau formulaire de demande de chirurgie intègre maintenant une section permettant au chirurgien d'ajouter le niveau de priorité médicale.
- ✓ Le guichet d'accès unique de prise de rendez-vous : une allocation a été accordée au Centre de santé de Chibougamau pour assurer une saine gestion du mécanisme d'accès aux services spécialisés à même le système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés (SIMASS) et une meilleure gestion des listes d'attente. Des rapports sont produits périodiquement afin de présenter l'efficacité du mécanisme central de gestion de l'accès aux services au MSSS et au conseil d'administration.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date** : 31 mai 2011

* Résultats en date du 31 mars 2010
** Résultats en date du 31 mars 2011

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	**Santé publique**		
Objectifs de résultats 2010-2015			
Indicateurs	***Résultats* 2009-2010***	***Cibles 2010-2011***	***Résultats** 2010-2011***
1.1.20 Pourcentage moyen d'implantation des activités du Programme national de santé publique (PNSP)	76,9% Données recalculées 2008-2009	80% (2015)	81,3%

Commentaires

Les résultats provenant du *Questionnaire sur l'état d'implantation des activités du PNSP* de la Direction de la planification, de l'évaluation et du développement en santé publique.

Les données recalculées pour le CRSSS de la Baie-James sont davantage représentatives du taux d'implantation dans la région. En effet, les activités reliées au domaine de la santé du travail ont été retirées puisqu'elles sont rattachées aux régions limitrophes.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date** : 31 mai 2011

* Résultats en date du 31 mars 2009
** Résultats en date du 31 mars 2011

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	**PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT (PALV)** **Réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA)**
Objectifs de résultats 2010-2015	En 2015, avoir atteint 55 % de degré moyen d'implantation des RSIPA à l'échelle nationale.

Indicateurs	***Résultats* 2010-2011***
1.3.6 Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services	19,41%

Commentaires

Le bilan régional du déploiement des composantes de la solution informatique pour les services offerts aux personnes âgées (65 ans et plus SAD) s'est terminé le 9 septembre 2010. Depuis, nous sommes dans la mise en production de l'application. Le personnel ciblé a maintenant la possibilité d'avoir accès à la solution informatique afin de compléter l'OEMC, le PRISMA-7 et le profil ISO-SMAF. Quarante deux intervenants ont été rejoints par la formation RSIPA. Le continuum des formations sera assuré par les formateurs régionaux de l'est et de l'ouest. Les autres composantes du RSIPA sont à implanter, nous visons un pourcentage d'implantation augmentant à 30% pour l'année 2011-2012.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date** : 31 mai 2011

* Résultats en date du 31 mars 2011

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	**PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT (PALV)** **Réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA)**
Objectifs de résultats 2010-2015	D'ici 2015, que 60% des centres hospitaliers aient mis en place la majorité des composantes reliées à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée en centre hospitalier.

Indicateurs	***Résultats* 2010-2011***
1.3.7 Pourcentage des centres hospitaliers ayant mis en place la majorité des préalables reliés à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée en centre hospitalier	0%

Commentaires

Un seul établissement compte pour la région du Nord-du-Québec, d'où un résultat équivalent à 0 ou 100%.

L'année 2011-2012 servira à consolider l'implantation des préalables de l'approche au sein du CRSSS de la Baie-James.

Les préalables sont en place de façon informelle à l'exception de l'application du programme de marche à l'urgence qui n'est pas débuté.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date** : 31 mai 2011

* Résultats en date du 31 mars 2011

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	Personnes ayant une déficience		
Objectifs de résultats 2010-2015			
Indicateurs	***Résultats* 2009-2010***	***Cibles 2010-2011***	***Résultats** 2010-2011***
1.45 Pourcentage des demandes de services traitées, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience.	100%	90%	100%

Commentaires

Pour l'année 2010-2011, nous avons un taux de 100% de respect des demandes traitées dans les délais établis. Le nombre de demandes reçues permet d'instaurer une vigie de la prise en charge des personnes et de s'assurer du respect des délais.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date** : 31 mai 2011

* Résultats en date du 31 mars 2010
** Résultats en date du 31 mars 2011

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	Dépendances
Objectifs de résultats 2010-2015	La cible pour 2015 est 80% des usagers qui seront évalués à l'aide d'outils validés scientifiquement en CRPAT à partir de la réception de la demande de service au CRPAT dans un délai ne dépassant pas 15 jours ouvrables.

Indicateurs	*Résultats* 2009-2010*	*Cibles 2010-2011*	*Résultats** 2010-2011*
1.7.4 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	n/a	n/a	n/a

Commentaires

Aucun centre de réadaptation en dépendances (CRD) n'est présent sur le territoire de la région sociosanitaire du Nord-du-Québec. Un projet d'entente est actuellement en cours avec la région de l'Abitibi-Témiscamingue concernant la clientèle à desservir du secteur ouest, bien que de façon historique les clients y sont référés et desservis.

Dans sa mission, le CRSSS de la Baie-James possède celle de centre de réadaptation pour personnes alcooliques et personnes toxicomanes seulement en externe dans chacune de ses installations. Actuellement, le système SIC-SRD n'est pas disponible pour notre région, ce qui ne nous permet pas de refléter avec exactitude la situation au sein de l'établissement. Toutefois, nous prévoyons implanter ce système d'information au cours de la prochaine année.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date** : 31 mai 2011

* Résultats en date du 31 mars 2010
** Résultats en date du 31 mars 2011

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	**Services d'urgence – santé mentale**
Objectifs de résultats 2010-2015	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale.

Indicateurs	***Résultats* 2009-2010***	***Cibles 2010-2011***	***Résultats** 2010-2011***
1.8.7 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	n/a	n/a	n/a
1.8.8 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	n/a	n/a	n/a

Commentaires

Sans objet : le CRSSS de la Baie-James ne fait pas partie du système d'information J56 (registre des urgences).

En ce qui concerne les cas qui nécessitent une prise en charge dans un centre spécialisé en psychiatrie, la clientèle est transférée aux régions limitrophes du Saguenay-Lac-Saint-Jean et de l'Abitibi-Témiscamingue.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date** : 31 mai 2011

* Résultats en date du 31 mars 2010
** Résultats en date du 31 mars 2011

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	Services d'urgence – santé physique		
Objectifs de résultats 2010-2015	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence.		
Indicateurs	***Résultats* 2009-2010***	***Cibles 2010-2011***	***Résultats** 2010-2011***
1.9.1 Séjour moyen sur civière	n/a	n/a	n/a
1.9.2 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	n/a	n/a	n/a
1.9.3 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	n/a	n/a	n/a
1.9.4 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus.	n/a	n/a	n/a

Commentaires

Le système d'information sur la gestion des départements des urgences (J56) n'est pas implanté dans la région compte tenu du peu de civières à gérer.

Cependant, l'éloignement géographique par rapport aux grands centres, l'isolement des communautés et notre obligation d'assurer des services continus et d'urgence, obligent à maintenir un ratio minimal permanent de personnel. Les équipes minimales requises impliquent que les délais d'attente dans les salles d'urgence sont généralement faibles dans nos centres de santé, sauf, au CS de Chibougamau, et la prise en charge est rapide.

Malgré l'absence d'un engagement chiffré, le CRSSS de la Baie-James travaille activement à développer une culture de la mesure en portant une attention quotidienne à l'occupation des lits au centre de santé de Chibougamau. Une compilation manuelle des patients en observation ou hospitalisés à l'urgence a été instauré depuis le 26 octobre 2010 au CS de Chibougamau.

Les données indiquent qu'à de très rares exceptions, nous avons des séjours sur civière, lesquels ne dépassent pas 48 heures.

Le débordement, lorsqu'il survient s'explique par un taux d'occupation de 100% des lits au milieu de vie du Centre de santé de Chibougamau et des personnes en attente d'hébergement qui occupent un lit de soins de courte durée.

La construction du CHSLD à Chibougamau et le projet novateur sont des projets qui pourront venir répondre à la demande croissante d'hébergement, en raison du vieillissement de la population et de l'enracinement dans la communauté. La disponibilité des lits de courte durée et un réaménagement des espaces physiques permettra de résorber la situation.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date** : 31 mai 2011

* Résultats en date du 31 mars 2010
** Résultats en date du 31 mars 2011

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	**Ressources humaines**
Objectifs de résultats 2010-2015	Améliorer la gestion de la présence au travail et disponibilité du personnel afin d'assurer un équilibre entre l'offre et la demande.

Indicateurs	***Résultats* 2009-2010***	***Cibles 2010-2011***	***Résultats** 2010-2011***
3.1 Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	7,59%	7,53%	7,82%

Commentaires

Cet indicateur figure à l'entente de gestion et d'imputabilité 2010-2011 pour la toute première fois. De toujours, il est considéré trop volatile en raison des petits nombres impliqués.

Le résultat obtenu en 2010-2011 est légèrement supérieur à celui de l'an dernier. On observe, au cours des quatre dernières années, une tendance à diminuer. La norme *Entreprise en santé* convoitée par l'établissement devrait contribuer à faire descendre ce ratio au cours des prochaines années.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date** : 31 mai 2011

* Résultats en date du 31 mars 2010
** Résultats en date du 31 mars 2011

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	**Soins actifs**
Objectifs de résultats 2010-2015	Cible : trois personnes ou moins considérées en fin de soins actifs et occupant un lit de courte durée en CHSGS.

Sujets	***Résultats* 2010-2011***
4.1.1 Nombre moyen de patients en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits post hospitaliers et occupant des lits de courte durée (CD)	Non disponible
4.1.2 Nombre moyen de patients en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée (CD)	Non disponible
4.1.3 Nombre moyen de patients en attente de convalescence occupant des lits de courte durée (CD)	Non disponible
4.1.4 Nombre moyen de patients en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée (CD)	Non disponible
4.1.5 Nombre moyen de patients en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	Non disponible
4.1.6 Nombre moyen de patients en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	Non disponible
4.1.7 Nombre moyen de patients en attente d'hébergement longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée (CD)	Non disponible
4.1.8 Taux de déclaration en hébergement à partir du CHSGS des 75 ans et plus	Non disponible

Commentaires

Les données ne sont pas disponibles pour notre établissement puisque le relevé quotidien de la situation à l'urgence et au centre hospitalier n'est pas implanté. Toutefois, nos informations indiquent qu'aucun patient occupant un lit de courte durée n'est en attente d'évaluation/orientation. Aucun patient occupant un lit de courte durée n'est en attente de convalescence puisqu'ils sont retournés à domicile avec le soutien requis. À notre connaissance, il n'y a pas de patient occupant un lit de courte durée en attente de ressources non institutionnelles et ou encore en attente d'hébergement en santé mentale.

Par contre, le nombre moyen de patients en attente d'hébergement de soins de longue durée et occupant des lits de courte durée est de 5,6 durant l'année. La situation est variable en cours d'année.

La construction d'un CHSLD à Chibougamau de 24 places et le projet novateur (10 places pour le volet hébergement plus d'autres places dont 4 lits en soins post-hospitaliers, 2 lits d'hébergement temporaire et un lit de soins palliatifs) permettront le retour d'une certaine marge de manœuvre dans la gestion des lits de l'unité de soins de courte durée. D'autres mesures ont été prises par le passé comme l'ouverture de ressources intermédiaires, lesquelles sont à pleine capacité.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date** : 31 mai 2011

* Résultats en date du 31 mars 2011

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	Services spécialisés - chirurgie		
Objectifs de résultats 2010-2015	Améliorer l'accès aux services spécialisés		
Indicateurs	***Résultats* 2009-2010***	***Cibles 2010-2011***	***Résultats** 2010-2011***
1.9.15 Nombre de chirurgies avec hospitalisations réalisées	153	160	174
1.9.32.4 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an pour une chirurgie d'un jour	1	n/a	1
1.9.32.5 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an pour une chirurgie avec hospitalisation	0	n/a	1
Réalisation de l'interface entre le système de gestion du bloc opératoire et SIMASS d'ici fin mai 2010.	Réalisé en mars 2010		atteint

Commentaires

Les données disponibles dans SIMASS sont disponibles seulement pour la chirurgie d'un jour et la chirurgie avec hospitalisation puisque les autres types de chirurgies ne sont pas effectués dans l'établissement.

L'ensemble des indicateurs indique un portrait positif de l'accès aux services spécialisés dans notre établissement, avec seulement un cas en attente depuis plus d'un an pour les types de services offerts.

Avant mars 2010, il y a eu la mise en place d'un système d'information pour les salles d'opération (SISOP) puisque les informations étaient colligées manuellement.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date** : 31 mai 2011

* Résultats en date du 31 mars 2010
** Résultats en date du 31 mars 2011

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	**Approvisionnement**
Objectifs de résultats 2010-2015	
Sujet	***Résultat* 2010-2011***
Écoulement de la réserve et achat en commun - pandémie	Atteint

Commentaires

Le CRSSS de la Baie-James a respecté tous ses engagements afin d'écouler la réserve ministérielle des fournitures de pandémie. Les commandes ont été effectuées selon la procédure transmis par le ministère.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date** : 31 mai 2011

* Résultats en date du 31 mars 2011

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	**Spécificités régionales 2010-2011**
Objectifs de résultats 2010-2015	

Sujets	***Résultats* 2010-2011***
Projet de régionalisation du service central de distribution pour la stérilisation, pour les services de buanderie-lingerie, pour le transport intra régional de distribution du matériel et des fournitures ainsi que le transport sécuritaire de produits pharmaceutiques et de produits stériles.	Atteint
Projet de révision, de standardisation, d'uniformité et d'harmonisation des fournitures et du matériel général et médical au service régional d'approvisionnement.	En voie d'être atteint

Commentaires

Le projet de régionalisation du transport intra régional a démarré en septembre 2010. Il consiste à faire la navette (aller-retour) entre Matagami et Chibougamau, trois fois par semaine pour effectuer la livraison de marchandises, de petits équipements, du courrier interne, des fournitures de buanderie, des produits pharmaceutiques et des prélèvements de laboratoire. La distance qui sépare les deux municipalités (290 km pavé et 80 km gravelé), associée à la limite de temps imposée par la loi quant au nombre d'heures maximales de conduites et aux conditions hivernales ont représenté plusieurs défis d'implantation. L'origine de ce projet tient à la réduction des frais par un transporteur externe et à l'amélioration de la qualité du service offert. Ainsi, on évite les pertes de produits, le gel de produits, le non respect des normes de prévention des infections et les délais considérables. Les projets de buanderie et de stérilisation régionalisés ont également été des arguments de taille et des opportunités intéressantes qui ont favorisé le développement de ce service de transport. Enfin, le projet de régionalisation de buanderie-lingerie sera finalisé au cours de l'automne 2011. Pour ce qui est du projet de régional de stérilisation, il est en processus de démarrage.

Le projet d'optimisation du système d'approvisionnement a été amorcé en vue d'accroître la qualité et la performance de ce service interne faisant en sorte de diminuer les pertes de marchandises et de doubler la capacité d'entreposage. Les opportunités d'améliorations ciblées sont décrites avec l'état d'avancement pour chacun :

1. travaux sur la standardisation des fournitures médicales : en cours
2. révision des produits en réserve au magasin du CS Chibougamau : terminé
3. mise en place de la nouvelle procédure de stockage sur les unités (Kanban) : implanté à l'unité de courte durée, au département d'obstétrique, au milieu de vie, en inhalothérapie, au bloc opératoire, au département d'électrocardiogramme et de pharmacie au CS Chibougamau. Également, nous avons implanté ce système au centre de santé de Lebel, de Chapais et de Matagami et à venir : le laboratoire à Chibougamau ainsi que le service alimentaire. Ce processus permet de réduire les coûts de consommation des fournitures médicales et les coûts de perte de produits liés au sur stockage sur les départements. Il a également permis de transférer les tâches aux bonnes personnes. Actuellement le projet à l'essai est de transférer aux employés du service des approvisionnements la tâche complète liée au processus de commandes, fait auparavant par le personnel soignant.
4. mise en place d'un processus de suivi des dates de péremption : en cours
5. analyse de la consommation des unités en matière de fournitures : (cellulaire, téléavertisseurs, transport aérien ou des employés, imprimantes, etc.) en cours
6. mise en place du transporteur interne : complété
7. élimination des magasins satellites dans les centres de santé : complété
8. optimisation du magasin au centre de santé de Chibougamau par la révision de sa configuration : complété
9. mise en place des codes à barres facilitant les commandes dans GRM.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date** : 31 mai 2011

* Résultats en date du 31 mars 2011

Fiche de reddition de comptes 2010-2011	
Axe :	**Spécificités régionales 2010-2011**
Objectifs de résultats 2010-2015	

Sujets	***Résultats[1] 2010-2011***
Finaliser la mise en place du projet novateur d'hébergement dans la communauté.	Non atteint

Commentaires

Le projet novateur vise, dans une première phase, à créer de nouvelles places d'hébergement en réponse à une clientèle en grande perte d'autonomie, traditionnellement orientée vers l'hébergement institutionnel en CHSLD. Au projet, s'ajouterait deux places d'hébergement temporaire à des fins de répit, quatre places de soins post hospitaliers à des fins de réadaptation et de convalescence ainsi qu'une place en soins palliatifs de fin de vie. Un appel d'offres auprès de promoteurs a été lancé en avril 2010. Un seul promoteur y a répondu. L'analyse des coûts a fait en sorte de disqualifier le promoteur et de cesser les négociations. Le projet est présentement en révision pour trouver des solutions alternatives.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date :** 31 mai 2011

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	**Plan Nord**
Objectifs de résultats 2010-2015	Développer un plan d'action gouvernemental permettant d'améliorer la santé et le bien-être des communautés visées par le Plan Nord.

Sujets	***Résultats* 2010-2011***
Collaboration du CRSSS de la Baie-James	Désignation

Commentaires

La présidente-directrice générale du CRSSS de la Baie-James a été désignée par le ministère à titre de représentante de la santé et des services sociaux au groupe de travail «santé».

Notre collaboration a porté notamment sur la production d'un portrait de santé et de bien-être des Jamésiens et sur la présentation du *Plan stratégique 2010-2015* du CRSSS de la Baie-James afin de présenter les divers enjeux touchant notre population. Ces travaux visent à agir en amont de la planification du Plan Nord et ainsi pouvoir ajuster éventuellement notre offre de services en lien avec le développement économique et les ressources consenties.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date** : 31 mai 2011

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	**Plan Nord**
Objectifs de résultats 2010-2015	Développer un plan d'action gouvernemental permettant d'améliorer la santé et le bien-être des communautés visées par le Plan Nord.

Sujets	***Résultats* 2010-2011***
Collaboration du CRSSS de la Baie-James	Désignation

Commentaires

La présidente-directrice générale du CRSSS de la Baie-James a été désignée par le ministère à titre de représentante de la santé et des services sociaux au groupe de travail «santé».

Notre collaboration a porté notamment sur la production d'un portrait de santé et de bien-être des Jamésiens et sur la présentation du *Plan stratégique 2010-2015* du CRSSS de la Baie-James afin de présenter les divers enjeux touchant notre population. Ces travaux visent à agir en amont de la planification du Plan Nord et ainsi pouvoir ajuster éventuellement notre offre de services en lien avec le développement économique et les ressources consenties.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date** : 31 mai 2011

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration a été adopté par les membres du conseil le 7 décembre 1999. Comme le prévoit la Loi sur le ministère exécutif (art. 3.0.4), vous trouverez une copie de ce code aux pages suivantes du présent rapport. Au cours de l'année 2010-2011, aucun cas de manquement des membres du conseil n'a été constaté, ni traité.

CODE D'ÉTHIQUE
ET DE DÉONTOLOGIE

DU
CONSEIL D'ADMINISTRATION

DU
CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
DE LA BAIE-JAMES

ADOPTÉ PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION
LE 7 DÉCEMBRE1999

En révision

DÉCLARATION DE PRINCIPES

Attendu que les administrateurs doivent voir à identifier les priorités relativement aux besoins de la population à desservir et aux services à lui offrir en tenant compte de l'état de santé et de bien-être de la population de sa région, des particularités socio-culturelles et linguistiques de cette population et des particularités sous-régionales et socio-économiques de la région et d'élaborer des orientations à cet égard ;

Attendu que l'exercice de la fonction d'administrateur doit tenir compte des règles de l'efficacité, de la moralité et de la crédibilité et de la confidentialité ;

Les administrateurs du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James s'engagent à respecter les principes suivants dans le processus de décisions auquel elles et ils seront appelés à participer :

- priorisation des intérêts de la population à desservir ;
- distribution équitable des ressources de la région.

En conséquence, les administrateurs s'engagent également à respecter chacun des articles du présent Code d'éthique et de déontologie applicables à chacun des membres du conseil d'administration du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Le présent code d'éthique et de déontologie détermine les devoirs et obligations de conduite des membres du conseil d'administration dans leurs différents rapports ayant trait à l'exercice de leurs fonctions.

1. Devoirs et obligations

1.1 Le membre s'engage à agir avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne de bonne foi, raisonnable, avec honnêteté et loyauté.

1.2 Le membre s'engage à agir de façon courtoise et à maintenir des relations empreintes de bonne foi, de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction.

1.3 Le membre s'engage à aborder ses décisions en fonction de leurs implications sur la qualité et l'accessibilité des services; il tient donc compte de l'ensemble des conséquences que peut avoir son administration sur le service à donner au public et sur le bon usage des fonds publics.

1.4 Le membre s'engage à assister aux assemblées du conseil d'administration.

1.5 Le membre s'engage, dans le processus décisionnel, à prendre connaissance de tous les éléments de la question, à demander des informations complémentaires et des éclaircissements au besoin ; il se prononce alors de la manière la plus objective possible.

1.6 Le membre s'engage à agir avec respect et dignité dans la manifestation publique de ses opinions.

1.7 Le membre s'engage à respecter la confidentialité des renseignements obtenus dans l'exercice de sa fonction; à ce chapitre, il devra s'abstenir de toute fuite ou confidence lorsque le conseil aura décidé de les maintenir à huis clos.

1.8 Le membre s'engage à s'acquitter de sa charge en évitant tout état ou comportement susceptible de discréditer le conseil d'administration ou de compromettre son bon fonctionnement.

1.9 Le membre s'engage à éviter toute partisannerie politique dans l'exercice de ses fonctions.

2. Règles relatives aux conflits d'intérêts

2.1 Le membre doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.

2.2 Le membre doit prévenir tout conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir objectivement ses fonctions sauf les situations acceptées par le législateur de par la composition du conseil d'administration.

2.3 Le membre ne doit pas rechercher, pour lui ou son entourage, des avantages personnels dans l'exercice de ses fonctions.

2.4 Le membre reconnaît que le fait d'être un administrateur du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James ne donne aucun pouvoir ou privilège quant aux services de santé et services sociaux auxquels une personne a droit.

2.5 Le membre reconnaît que le fait d'être un administrateur du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James ne lui donne aucun pouvoir ou privilège particulier autres que ceux dont il est investi dans le cadre d'une assemblée du conseil dûment convoquée ou qu'il agit dans le cadre d'un mandat reçu du conseil.

2.6 Le membre doit considérer chaque proposition à son mérite propre lorsqu'il doit se prononcer sur une question et conséquemment s'abstenir de tout échange de procédés illégitimes avec ses collègues du conseil d'administration ou avec toute autre personne.

3. Déclaration d'intérêts

3.1 Le membre s'engage à respecter les dispositions de l'article 154 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux dans les situations où il a un intérêt pécuniaire dans une entreprise, à savoir :

Article 154

Tout membre d'un conseil d'administration, autre qu'un directeur général*, qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil ou de l'un des établissements qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil et s'abstenir d'y siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue.

Le fait pour un membre du conseil d'administration d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une entreprise visée dans le présent article, ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si le membre du conseil d'administration en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale.

3.2 Le membre doit déposer devant le conseil une déclaration d'intérêts écrite mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires.

* La loi prévoit des dispositions applicables au directeur général.

4. Règles relatives aux assemblées

4.1 Le membre s'engage à respecter les règlements régissant la procédure des réunions; à ce titre, il reconnaît l'autorité du président dans toute sa légitimité et reconnaît également la souveraineté de l'assemblée.

4.2 Le membre doit respecter les droits et privilèges des autres administrateurs.

4.3 Le membre doit respecter l'intégrité et la bonne foi de ses collègues; advenant qu'il veuille exprimer un doute sur l'intégrité et la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne, il demandera le huis clos pour ce faire.

4.4 Le membre, dans le cadre d'une assemblée, évite d'afficher sa position par des signes extérieurs ; il attend le moment du débat pour exprimer sa position et il conserve une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.

4.5 Le membre a le droit de faire inscrire nommément sa dissidence au procès-verbal; par cette inscription, le membre annonce qu'il se réserve la possibilité d'intervenir publiquement sur une décision prise.

4.6 Le membre évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James et de toutes les personnes qui y oeuvrent.

5. Interdiction des pratiques reliées à la rémunération

5.1 Le membre ne doit pas solliciter, accepter ou exiger d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autres avantages ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté.

5.2 Le membre ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autres avantages ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions.

5.3 Le directeur général ne peut recevoir, en outre de sa rémunération, aucune somme ou avantage direct ou indirect de quiconque hormis les cas prévus par la loi.

5.4 Le membre qui reçoit un avantage comme suite à un manquement au présent code est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu.

6. Devoirs et obligations de l'après-mandat

6.1 Le membre doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit qui ne sont pas d'ordre public et dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil.

6.2 Le membre du conseil d'administration doit témoigner du respect envers le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James et son conseil d'administration.

7. Mécanisme d'application du code

7.1 Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie, en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration.

7.2 Le président ou le vice-président en saisit le Comité d'éthique et de déontologie qui doit alors se réunir, au plus tard, dans les trente jours suivants.

Tout membre du comité peut aussi, de sa propre initiative, saisir le Comité d'éthique de toute situation de comportement irrégulier d'un administrateur.

7.3 Le comité décide des moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence. L'enquête doit cependant être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation ; il est entendu que la confidentialité doit être compatible avec l'équité procédurale.

7.4 Au moment qu'il juge opportun, le comité doit informer l'administrateur visé des manquements reprochés en lui indiquant les dispositions concernées de la loi ou du code. À sa demande et à l'intérieur d'un délai raisonnable, cette personne a le droit d'être entendue, de faire témoigner toute personne de son choix et de déposer tout document qu'elle juge pertinent.

7.5 Lorsque le comité en vient à la conclusion que l'administrateur a enfreint la loi ou le présent code ou qu'il a fait preuve d'une inconduite de nature similaire, il transmet au conseil d'administration un rapport contenant un sommaire de l'enquête et une recommandation de mesures à prendre. Ce rapport est confidentiel.

7.6 Le conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la mesure à imposer à l'administrateur visé. Ce dernier ne peut participer aux délibérations ou à la décision mais il peut, à sa demande, se faire entendre avant que la décision ne soit prise.

7.7 Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite, différentes mesures peuvent être prises (le rappel à l'ordre, le blâme, la réprimande, la suspension, le recours en déchéance de charge, etc.). L'administrateur est informé, par écrit, de la sanction qui lui est imposée.

8. Enquête et immunité

8.1 Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions.

8.2 Les personnes qui effectuent les enquêtes ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions sont tenues à la confidentialité.

9. Publicité du code

9.1 Le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration à toute personne qui en fait la demande.

ENGAGEMENT PERSONNEL

Je, _____,

membre du conseil d'administration,

ai pris connaissance du
Code d'éthique et de déontologie
applicables aux membres du conseil d'administration
du Centre régional de santé et de services sociaux
de la Baie-James.

Je déclare en comprendre le sens et la portée.

_____

Signature

_____

Date

DÉCLARATION DES INTÉRÊTS

d'un membre du conseil d'administration
autre que le directeur général

Je, _____, déclare les intérêts suivants :

1. Je détiens des intérêts pécuniaires dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après et qui font affaire avec le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James ou qui sont susceptibles d'en faire.

_____

_____

2. J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après et qui est partie à un contrat avec le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James ou qui est susceptible de le devenir.

_____

_____

3. J'occupe les emplois suivants :

Emploi Employeur

_____

_____

En vertu de la présente déclaration, je m'engage, sous peine de déchéance de ma charge, à m'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle j'ai des intérêts est débattue.

_____

Prénom et nom

_____

Date

RAPPORT DE L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES

DÉCLARATION DES INTÉRÊTS

d'un membre du conseil d'administration
autre que le directeur général

Je, _____, déclare les intérêts suivants :

1. Je détiens des intérêts pécuniaires dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après et qui font affaire avec le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James ou qui sont susceptibles d'en faire.

_____

_____

2. J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après et qui est partie à un contrat avec le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James ou qui est susceptible de le devenir.

_____

_____

3. J'occupe les emplois suivants :

Emploi	Employeur
_____	_____
_____	

En vertu de la présente déclaration, je m'engage, sous peine de déchéance de ma charge, à m'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle j'ai des intérêts est débattue.

_____

Prénom et nom

_____

Date

RAPPORT DE L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES

RAPPORT DE L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES

Le rapport de la commissaire aux plaintes sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services est disponible sur demande adressée à la direction générale ou via le site Internet du CRSSS de la Baie-James : www.crsssbaiejames.gouv.qc.ca

CENTRE RÉGIONAL
DE SANTÉ ET DE
SERVICES SOCIAUX
DE LA BAIE-JAMES